

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Jacqueline Silveira de Quadros

**REDE SOCIAL DA PUÉRPERA E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO
À SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL DA EPIDEMIA DO HIV**

Santa Maria, RS

2021

Jacqueline Silveira de Quadros

**REDE SOCIAL DA PUÉRPERA E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO À
SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL DA EPIDEMIA DO HIV**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem.**

Orientadora: Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

Coorientadora: Profa. Dra. Tassiane Ferreira Langendorf

Santa Maria, RS, Brasil

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

de Quadros, Jacqueline

REDE SOCIAL DA PUÉRPERA E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO À SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL DA EPIDEMIA DO HIV / Jacqueline de Quadros.- 2021.

153 p.; 30 cm

Orientadora: Stela Maris Mello Padoin Coorientadora: Tassiane Ferreira Langendorf

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de PósGraduação em Enfermagem, RS, 2021

1. Saúde da Mulher 2. Período Pós-Parto 3. HIV 4. ApoioSocial I. Mello Padoin, Stela Maris II. Ferreira Langendorf. Tassiane III. Título

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, JACQUELINE DE QUADROS, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Tese) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Jacqueline Silveira de Quadros

**REDE SOCIAL DA PUÉRPERA E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO À SAÚDE
NO CONTEXTO SOCIAL DA EPIDEMIA DO HIV**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem.**

Aprovado em 14 de dezembro de 2021.

Stela Maris de Mello, Dr.^a (UFSM)

(Presidente/Orientadora)

Tassiane Ferreira Langendorf, Dr.^a (UFSM)

(Coorientadora)

Daniel Gonzalo Eslava, Dr (UNICAFAM)

Letícia Becker Vieira, Dr.^a (UFRGS)

Ethel Bastos da Silva, Dr.^a (UFSM)

Ívis Emília de Oliveira Souza, Dr.^a (EEAN/UFRJ)

Santa Maria, RS, Brasil

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a todos que, assim como eu, acreditam na educação como uma ferramenta transformadora de vidas.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta tese de doutoramento encerra um importante ciclo de minha vida. E isso só ocorreu devido ao auxílio, compreensão e dedicação de diferentes pessoas. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para o êxito desta etapa. De uma maneira especial, agradeço:

À Deus, pela vida e por todas as bênçãos recebidas a cada dia.

À minha mãe Jussara, meu pai Jair e minha irmã Juliana pelo incentivo aos meus estudos desde a infância, sempre acreditando que posso alcançar meus objetivos.

Ao meu filho Benício, pelo amor incondicional, alegria e força que me transmite, pelos momentos que precisei estar ausente para a construção deste estudo.

Ao meu esposo Ronildo, pelo amor, incentivo, paciência e compreensão em todos os momentos dessa caminhada.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin, agradeço imensamente, pela confiança depositada em mim, atenção, apoio e paciência. Sou grata pela orientação que ultrapassou a Tese, permeada por amizade e carinho.

À minha coorientadora, Prof^a Dr^a Tassiane Ferreira Langerdorf, meu agradecimento por compartilhar comigo o seu conhecimento, pelo seu permanente empenho, paciência, apoio e amizade.

O meu agradecimento sincero aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM pelos conhecimentos compartilhados.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP – PEFAS), obrigada pelo apoio, companheirismo e por possibilitarem construções coletivas de conhecimento.

Enfim, a todos aqueles que fazem parte da minha vida e que são essenciais para que eu seja, a cada dia, uma pessoa melhor.

Saibam, esta vitória também é de vocês!

RESUMO

REDE SOCIAL DA PUÉRPERA E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO À SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL DA EPIDEMIA DO HIV

AUTORA: Jacqueline Silveira de Quadros

ORIENTADORA: Stela Maris de Mello Padoin

COORIENTADORA: Tassiane Ferreira Langendorf

A epidemia do HIV entre as mulheres no período gravídico puerperal está fortemente associada ao significado de desvalorização moral e social. Algumas puérperas optam pelo ocultamento do seu estado sorológico, podendo ocorrer uma restrição na sua rede social e ser um obstáculo para manter seus cuidados de saúde. O suporte social tem a função de diminuir o impacto das situações que afetam de forma negativa a saúde, sendo um fator de proteção na condição de uma enfermidade. Objetivos: analisar a rede social de puérperas no contexto social da epidemia do HIV e as implicações dessa rede no cuidado à saúde. Pesquisa qualitativa e analítica desenvolvida no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. As participantes do estudo foram seis puérperas e para a coleta de dados foi utilizado um instrumento semiestruturado para a entrevista em profundidade e elaboração conjunta do mapa da rede social da participante a partir da confecção de um desenho, representando pessoas e instituições que auxiliavam para manutenção dos cuidados a sua saúde. As informações advindas das entrevistas foram analisadas pelo método de análise temática que resultou na construção da categoria: Preconceito e discriminação no contexto social da epidemia do HIV e a pandemia do COVID-19 como potencializadores das fragilidades nas relações e dinâmica da rede social de puérperas. A abordagem teórica de Sanicola permitiu o entendimento da dinâmica relacional na qual a puérpera está inserida, considerando o contexto social da epidemia do HIV. As redes sociais foram classificadas com média densidade (três) e de baixa densidade (duas) e a rede social primária apresentou média amplitude. Na rede primária, o companheiro e a sogra foram identificados como operadores naturais na rede e receberam apoio emocional, financeiro e auxílio nas tarefas diárias e nos cuidados com as crianças, o que contribuiu para puérpera manter os cuidados de saúde. Na rede secundária. Destacaram-se a farmacêutica, enfermeiras e médicos, e o tipo de suporte fornecido foi informativo. Em relação à proximidade física, constatou-se que a pandemia de COVID-19 potencializou o distanciamento da puérpera com sua rede primária e secundária. Assim, quando a puérpera tem apoio do companheiro, da mãe, de outros membros da rede, isso determina um efeito protetor para os cuidados à saúde. E, quando tem ruptura por conta do preconceito, da discriminação e pela potencialização do isolamento social pela pandemia ocorre a vulnerabilização da puérpera.

Palavra-chave: Saúde da Mulher. Período Pós-Parto. HIV. Apoio Social.

ABSTRACT

PUERPERA'S SOCIAL NETWORK AND PERSPECTIVES FOR HEALTH CARE IN THE SOCIAL CONTEXT OF THE HIV EPIDEMIC

AUTHOR: Enf Dda. Jacqueline Silveira de Quadros

ORIENTADORA: Profa. Dr. Stela Maris de Mello Padoin

COORIENTADORA: Profa. Dra. Tassiane Ferreira Langendorf

The HIV epidemic among women in the pregnancy-puerperal period is strongly associated with the meaning of moral and social devaluation. Some puerperal women choose to hide their HIV status, which may restrict their social network and be an obstacle to maintaining their health care. Social support has the function of reducing the impact of situations that negatively affect health, being a protective factor in the condition of an illness. Objectives: to analyze the social network of postpartum women in the social context of the HIV epidemic and the implications of this network for health care. Qualitative and analytical research developed in the municipality of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. The study participants were six postpartum women and for data collection, a semi-structured instrument was used for the in-depth interview and joint elaboration of the participant's social network map from the making of a drawing, representing people and institutions that helped to maintain the care for your health. The information from the interviews was analyzed using the thematic analysis method that resulted in the construction of the category: Prejudice and discrimination in the social context of the HIV epidemic and the COVID-19 pandemic as potentiators of weaknesses in relationships and dynamics of the social network of postpartum women. Sanicola's theoretical approach allowed the understanding of the relational dynamics in which the puerperal woman is inserted, considering the social context of the HIV epidemic. Social networks were classified as medium density (three) and low density (two) and the primary social network presented medium amplitude. In the primary network, the partner and mother-in-law were identified as natural operators in the network and received emotional and financial support and assistance in daily tasks and child care, which contributed to the puerperal woman maintaining health care. In the secondary network, pharmacists, nurses and doctors stood out and the type of support provided was informative. Regarding physical proximity, it was found that the COVID-19 pandemic potentiated the distance of the puerperal woman with her primary and secondary network. Thus, when the puerperal woman has support from her partner, mother, other members of the network, this determines a protective effect for health care. And, when there is a rupture due to prejudice, discrimination and the enhancement of social isolation by the pandemic, the vulnerability of the puerperal woman occurs.

Keyword: Women's Health. Postpartum Period. HIV. Social Support.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de local de atendimento da gestante com HIV, de acordo com sua situação clínica.....	41
Figura 2 – Mandala da prevenção combinada.....	43
Figura 3 – Demandas de puérperas para os serviços de saúde, Lilacs e PubMed.....	49
Figura 4 – Fluxograma de seleção da produção do conhecimento da enfermagem brasileira sobre suporte social às pessoas com HIV.....	58
Figura 5 – A posição do operador de rede na dinâmica de ações na intervenção de rede.....	71
Figura 6 – Fluxograma das prováveis participantes da pesquisa.....	77
Figura 7 – Representação geométrica dos tipos de rede social para construção do mapa de rede suporte social.....	78
Figura 8 – Representação gráfica do tipo de vínculo na rede suporte social.....	79
Figura 9 – Mapa social da Puérpera 1.....	86
Figura 10 – Mapa social da Puérpera 2	92
Figura 11 – Mapa social da Puérpera 3	97
Figura 12 – Mapa social da Puérpera 4	101
Figura 13 – Mapa social da Puérpera 5.....	105
Figura 14 – Mapa social da Puérpera 6	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do <i>corpus</i> da pesquisa de revisão narrativa da literatura, Lilacs e PubMed.....	48
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Palavras-chave relacionadas à natureza da produção científica da enfermagem brasileira na temática suporte social às pessoas vivendo com HIV.....	59
Quadro 2 – Dissertações e Teses que compõe o <i>corpus</i> do estudo de revisão narrativa.....	59
Quadro 3 – Natureza e tendência das produções científicas que compõe o <i>corpus</i> da revisão narrativa.....	63
Quadro 4 – Perfil Sociodemográfico e Clínico das participantes.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AGAR	Ambulatório de Gestante de Alto Risco
ARVs	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
GP	Grupo de Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IES	Instuições de Ensino Superior
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
INI	Inibidor de Integrase
IO	Infecções Oportunistas
IP	Inibidor de Protease
ITRN	Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo
ITRNN	Inibidor da Transcriptase Reversa não Análogo de Nucleosídeo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
MMIRDH	Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
NTIC/HSF	Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares do Hospital Sofia Feldman
ONG	Organizações Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher
PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidados à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIC's	Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PUBMED	National Library of Medicine
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RN	Recém-Nascido
RNA	Ácido Ribonucléico
SAE	Serviços de Atenção Especializada

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TV	Transmissão Vertical
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFN	Universidade Franciscana
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL COM A TEMÁTICA	15
2	INTRODUÇÃO	17
2.1	OBJETIVOS	22
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1	ASPECTOS POLÍTICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA SAÚDE DE MULHERES VIVENDO COM HIV	23
3.2	ASPECTOS CLÍNICOS, ASSISTENCIAIS E SOCIAIS DA SAÚDE DE MULHERES E PUÉRPERAS VIVENDO COM O HIV	31
3.3	DEMANDAS DE PUÉRPERAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	40
3.3.1	Demandas de puérperas aos serviços de saúde para o cuidado de si	43
3.3.2	Demandas de puérperas aos serviços de saúde para o cuidado do recém-nascido .	46
3.4	SUORTES SOCIAL ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV: TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA.....	49
4	REFERENCIAL TEORICO E METODOLÓGICO	60
4.1	REDE SOCIAL PROPOSTA POR LIA SANICOLA	60
5	MÉTODO	66
5.1	TIPO DE ESTUDO	66
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	67
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	68
5.4	PRODUÇÃO/COLETA DOS DADOS.....	70
5.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	73
5.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	74
6	RESULTADOS	76
6.1	APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DA ESTRUTURA, FUNÇÕES E DINÂMICAS DAS REDES SOCIAIS	102
7	DISCUSSÃO	108
8	CONCLUSÃO	118
	REFERÊNCIAS	122
	APÊNDICES	146

1 APROXIMAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL COM A TEMÁTICA

Esta tese de doutorado pretende agregar conhecimento científico à linha de pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

O meu interesse pela temática da saúde materno-infantil é fruto de reflexões desde a academia, como discente (2008-2012) do curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Nesse período, participei do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e desempenhei as atividades de estágio extracurricular na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), onde vivenciei o cuidado à família com atuação multiprofissional.

Senti necessidade de aprimoramento para atuar na assistência à saúde da mulher, ao neonato e à família. Para tanto, ingressei como enfermeira na primeira turma do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da UNIFRA (2013-2015). Nesse período de formação, pude presenciar diariamente as potencialidades e fragilidades para à implementação desta modalidade de especialização. Cita-se como potencialidades: a elevação da proporção de mulheres assistidas que não foram submetidas à intervenção obstétrica desnecessária e o uso adequado da tecnologia, dessa forma as mulheres conseguem vivenciar um parto centrado na fisiologia e nas suas necessidades e escolhas individuais. Porém, como fragilidades, ainda se percebe a resistência dos profissionais da saúde para a inserção profissional da enfermeira obstétrica na realidade do Sul do Brasil, em virtude da promoção de mudanças na organização da assistência prestada pelos serviços de saúde às mulheres.

No ano de 2015, iniciei o Curso de Mestrado no PPGENF/UFSM e com o estímulo à reflexão crítica e ao aprofundamento teórico exigido ao longo do curso, as inquietações e o direcionamento a este estudo se intensificaram. Durante esta caminhada, tive a oportunidade de atuar como professora substituta no Departamento de Enfermagem (UFSM), ministrando disciplinas teóricas e práticas na saúde da mulher e pediátrica (2016-2018). Foi um momento de amadurecimento profissional e acadêmico, em que desenvolvi situações de ensino que articulassem teoria e prática, tentando provocar uma aproximação crítica dos estudantes com a realidade e com seu papel social de enfermeiro.

Aliado a isso, participei de discussões do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), na linha de pesquisa: cuidado as pessoas vivendo com HIV e suas famílias. O GP-PEFAS me oportunizou várias atividades de ensino, pesquisa

e extensão que auxiliaram no desenvolvimento do objeto de estudo. Dentre elas, a possibilidade de coorientações de discentes em Trabalhos de Conclusão do Curso de Enfermagem. O que provocaram novas questões e dúvidas acerca da percepção de gestantes e puérperas vivendo com HIV em relação ao suporte social.

Isso resultou na dissertação de mestrado intitulada: Suporte social às mulheres vivendo com HIV: repercussões no período gravídico-puerperal, estudo desenvolvido com abordagem quantitativa e delineamento transversal com 78 participantes. O objetivo desse estudo foi avaliar se o suporte social percebido por gestantes é diferente daquele percebido por puérperas vivendo com HIV, e obteve como resultado que a gestação é fator de proteção quando comparado ao puerpério, visto que as puérperas apresentam 8,8 vezes a chance de ter baixo suporte social. Para verificar os motivos da diferença, foram avaliadas as características entre os grupos de gestantes e puérperas. Concluiu-se que 31,4% das puérperas realizavam ingestão de bebida alcoólica, ressalta-se que durante o puerpério podem haver alterações físicas, emocionais, somando-se ao medo da discriminação social que a criança possa sofrer. Ainda, 46,2% das gestantes possuíam maior satisfação com o apoio nas atividades do seu dia a dia, que os amigos são fonte de suporte emocional, e também fonte de suporte instrumental (QUADROS, 2017; QUADROS et al, 2021).

Logo após ingressar no Curso de Doutorado do PPGENF/UFSM, também ingressei na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com atuação assistencial no centro obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que é um hospital público em que há serviços para o atendimento de gestantes e puérperas vivendo com HIV e é referência para região central do estado do Rio Grande do Sul. Assim, com base nos resultados da dissertação, somados às experiências e vivências, o interesse em realizar um aprofundamento sobre as relações estabelecidas entre as puérperas no contexto social da epidemia do HIV com sua rede social se fortaleceu. Assim, estruturou-se o objeto de estudo na rede social de puérperas no contexto social da epidemia do HIV.

2 INTRODUÇÃO

Com quatro décadas de evolução, a Síndrome da Imunodeficiência Humana (aids) permanece impondo desafios a comunidade científica, como a cronicidade da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a sua intrínseca dependência ao acesso de terapia antirretroviral (TARV) (MELO; CORTEZ; SANTOS, 2020). Verifica-se mundialmente a expansão da infecção do HIV de forma progressiva, 1,5 milhões de novas infecções por HIV e 680.000 mortes por causas relacionadas à AIDS ocorreram em 2020. Havia 37,7 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2020, incluindo 10,2 milhões que não estão em tratamento, destes cerca de 4,1 milhões não sabiam seu status soropositivo e 6,1 milhões sabiam seu status sorológico, mas não tinham acesso ao tratamento (UNAIDS, 2021).

No Brasil, desde 1980 a junho de 2020, foram identificados 1.011.617 casos de aids. O país tem registrado, anualmente, uma média de 39 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. O número anual de casos de aids vem diminuindo desde 2013, quando se observaram 43.368 casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), comparado com 37.308 casos registrados em 2019 (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, é relevante observar a participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, considerando que a disseminação do HIV tem crescido exponencialmente entre o público feminino e sendo uma realidade à nível mundial. Esse quadro traz consigo outras dificuldades que estão vinculadas ao maior risco de infecção pelo HIV. Exemplo disso é a variável baixa escolaridade das mulheres, que pode levar a fragilidades no acesso e compreensão das informações, as quais repercutem fortemente na saúde pública (PAES A.L.V, et al., 2017).

A vulnerabilidade das mulheres pode ser observada por meio da redução da razão de sexo, sendo apresentados os casos de infecção pelo HIV notificados no Sinan no período de 2007 a junho de 2020. Nesse período, foi notificado um total de 237.551 (69,4%) casos em homens e 104.824 (30,6%) casos em mulheres. Ressalta-se que a notificação compulsória da infecção pelo HIV foi implantada somente em 2014, o que impede uma análise epidemiológica mais rigorosa com relação às tendências da infecção no Brasil. A razão de sexos para o ano de 2019 foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2020).

Salienta-se que no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV, das quais 8.312 no ano de 2019, com uma taxa de detecção de 2,8/mil nascidos vivos. O aumento na taxa de detecção pode ser explicado, em certa parte,

devido a ampliação da testagem para o HIV durante o pré-natal, no momento do parto e a consequente a profilaxia da TV do HIV (BRASIL, 2019a; BRASIL,2020).

No que se refere, ao perfil de gestantes vivendo com HIV, 27,6% dos casos se encontra na faixa etária entre 20 e 24 anos. Com relação à etnia/cor autodeclarada, observa-se 32,2% dos casos se deram entre brancas, 13,7% pretas e 49,5% são pardas. Segundo a categoria de exposição entre as mulheres, notam-se que 86,6% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual, e 1,3% dos casos por usuários de drogas injetáveis (UDI) (BRASIL, 2020).

Pode-se relacionar essa transformação no perfil epidemiológico da doença com as vulnerabilidades das mulheres à infecção, visto que suas características biológicas, sociais, econômicas e culturais favorecem a aquisição do HIV. Os dados sobre desigualdade de gênero revelam que a epidemia do HIV no Brasil é qualificada como uma doença socialmente determinada, atingindo mulheres com baixa escolaridade, baixos salários, mais expostas ao desemprego e responsáveis pela chefia da família (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013; BRASIL, 2019a).

Com isso, surgem novas necessidades e demandas aos serviços de saúde, como o controle da transmissão vertical (TV) do HIV, visando uma menor incidência de crianças infectadas pelo vírus durante a gestação, parto, puerpério e aleitamento materno. Uma parcela considerável das mulheres descobre a infecção pelo HIV durante o pré-natal ou parto, o que leva à preocupações com relação às questões biológicas e do tratamento (BRASIL, 2019a).

Soma-se a isso, o estereótipo de uma doença vergonhosa, associada à desvalorização social por sua ligação cultural com a sexualidade. Quando estão no período gravídico puerperal e vivendo com HIV, observa-se um aumento do estigma social e da discriminação, que podem se transformar em barreiras para a prevenção da TV. As mulheres também temem que as crianças possam sofrer com o preconceito. Em alguns casos, optam pelo ocultamento de seu estado sorológico, por medo de consequências nas relações conjugais, familiares e sociais. Essas situações podem refletir na restrição de seu suporte social e implicar na realização dos seus cuidados de saúde (MELO et al, 2017; VILELA; BARBOSA, 2017; CALDAS et al.,2015).

Em 2019, foi implementada a Nota Técnica 01/2019 pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com orientações gerais para procedimento diante do resultado positivo para o HIV em pais/parceiros de gestantes/puérperas soronegativas nas maternidades públicas e privadas. Considerando a alta prevalência de HIV no estado, a identificação de soroconversão para HIV na gestação e no aleitamento materno através da triagem do parceiro sexual é

necessária. Dessa forma, espera-se interromper a TV nesses momentos e assegurar a proteção materna e neonatal (BRASIL, 2019b).

A vontade da mãe é de proteger a saúde da criança exposta ao vírus, porém apenas 70% das gestantes em tratamento atingem supressão viral próxima ao parto. Essa é a principal causa de adesão insuficiente ao tratamento antirretroviral e se agrava no puerpério. O Ministério da Saúde (MS) recomenda a realização do acompanhamento em serviços de saúde de modo sistematizado no pré-natal, considerando aqueles direcionados ao desenvolvimento da gestação propriamente dita e também pela necessidade de acompanhamento da profilaxia da TV do HIV e o seguimento puerperal (BRASIL, 2019a; BRASIL 2017a).

Entretanto, alguns programas e políticas propostas pelo MS somente reforçam o que já tinha sido recomendado, devido às fragilidades na implementação das políticas públicas direcionadas e essa população. Alguns fatores contribuem e facilitam a adesão ao TARV, como: esquemas terapêuticos simplificados, acolhimento e vínculo com a equipe, acesso facilitado aos serviços de saúde e o suporte social (PORTER et al., 2016; BRASIL, 2020; BRASIL, 2019a; BRASIL 2017a).

Cuidar das pessoas vivendo com HIV exige organizar a atenção em saúde para além do atendimento individual, envolvendo seus grupos e redes sociais e ampliando as possibilidades de enfrentamento a doenças. A elaboração, pelo profissional de saúde, de estratégias para contribuir no cuidado à saúde, como a criação e o fortalecimento de uma rede de suporte social nos serviços de saúde, são fundamentais. Dessa forma, facilita a construção de vínculos e o sentimento de identidade e pertencimento, além de favorecer o enfrentamento da infecção pelo HIV, a adesão ao tratamento e a melhora da qualidade de vida dos usuários (LIMA, et al., 2017).

O suporte social é um fator positivo para a saúde dos indivíduos, por isso, destaca-se a importância dos conceitos de rede social, a qual é entendida como um sistema de relações que liga as pessoas de vínculos sociais comuns, cujo suporte social permeia. Assim o suporte social se encontra em âmbito pessoal, sendo composto por membros da rede social, importantes para o indivíduo (SANICOLA, 2015).

O suporte social pode ser definido por redes de suporte configuradas a partir da interação entre pessoas que operam por meio de trocas, seja ela social, econômica ou moral, das quais os indivíduos demandam ao longo do tempo (DANIEL, 2021). Os indivíduos que compõem as redes sociais, em alguns momentos podem assumir posições de apoio a algum tipo de necessidade que ocorra na rede. Diante disso, as redes sociais, por meio de seus vínculos sociais podem proporcionar sentimentos de amizade, confiança e solidariedade entre os membros dos grupos (BURILLE et al., 2018; VERMELHO et al., 2015).

O suporte social pode auxiliar em situações que afetam de forma negativa a saúde. Esse suporte é fundamental para as pessoas se sentirem confiante e segura e atingirem o bem-estar. Esse processo se torna mais complicado quando a rede social está fragmentada, levando-nos a refletir sobre a importância das dimensões do suporte social (SANICOLA, 2015). Considerada uma variável importante, o suporte social auxilia no enfrentamento da doença e pode ter influência na resposta terapêutica de um tratamento e na manutenção da adesão à terapia com medicamentos. São percebidas influências positivas em situações estressantes relacionadas à infecção, na adaptação e qualidade de vida dos indivíduos que vivem com HIV. A convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde (LENZI et al., 2018; ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Esses conceitos se configuram como recursos aplicáveis na prática de enfermagem, pois seus objetivos visam melhorar qualidade de vida, promover, fortalecer e manter o bem-estar dos sujeitos (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009; PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). O conhecimento deste referencial por enfermeiros é um importante subsídio para tornar suas ações efetivas e contribuir para a prática de assistência de enfermagem e pesquisa e para o profissional ampliar o seu olhar para o contexto social vivenciado pelos indivíduos (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

A partir dos resultados da pesquisa de Quadros (2017), pode-se reafirmar que, durante a gestação, as mulheres vivendo com HIV percebem um aumento do suporte social, principalmente para realização de atividades do dia-dia. Porém, constatou-se uma diminuição na percepção do suporte social por estas mulheres no puerpério (QUADROS, 2017). Salienta-se que o MS preconiza o acompanhamento puerperal na Atenção Primária de Saúde (APS), evitando assim, agravos de saúde materna e neonatal e incluindo o parceiro e a família nos diversos arranjos. O profissional da APS deve reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, podendo utilizar recursos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para lidar com qualquer problema surgido nessa fase (BRASIL, 2016a).

Dentre as recomendações do MS para o acompanhamento puerperal estão: a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou de outro membro da equipe da APS na Primeira Semana de Saúde Integral, a consulta puerperal entre o 3º e 5º dia após o parto, acolhimento com escuta qualificada, plano de cuidado materno e plano de cuidado do recém-nascido realizados pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2012d, BRASIL 2016a, BRASIL, 2016b). Entretanto, evidencia-se fragilidades na implementação destas recomendações, indicando a existência de barreiras no serviço de saúde referente ao plano programático (PADOIN, et al., 2011), uma vez que os serviços de saúde oferecem estrutura inadequada e

equipe incompleta, e com isso sobrecarregam a equipe de saúde. Além disso, a falta de estratégias na assistência de saúde focalizada para o puerpério favorece uma descontinuidade do cuidado.

No âmbito social, a atenção está focada para o novo membro dessa família, ou seja, o direcionamento da assistência está para a criança exposta ao HIV, com isso há certa fragilidade quanto ao cuidado à saúde da puérpera. Esse fenômeno ocorre não somente por parte dos familiares e dos profissionais da saúde, mas a própria mulher limita seu cuidado em favorecimento do cuidado do outro (o recém-nascido) (QUADROS, 2017; RAHIM, et al., 2017).

Geralmente, a família se torna o principal suporte durante puerpério, podendo ser considerada como um fator de risco, quando há fragilidade nas relações, ou um fator de proteção se possui uma rede social estruturada. Devido a tantas transformações biológicas, psicológicas e sociais é comum que o casal assuma de forma consciente as alterações biológicas. No entanto, podem desconsiderar ou desconhecer as transformações psíquicas, principalmente no que diz respeito a relações sociais (MELO et al., 2015).

Pode ser evidenciado na literatura que a existência de suporte social está relacionada com uma diminuição dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse durante o puerpério. Da mesma forma, averiguou-se uma associação entre o aumento da sintomatologia de ansiedade, depressão, estresse e uma diminuição da vinculação mãe-bebê nas puérperas com restrição do suporte social (AIROSA; SILVA, 2013).

As redes sociais podem ser responsáveis pelo apoio, visibilidade de problemas e satisfação de necessidades sociais e de saúde que escapam da capacidade de atendimento pelos serviços de saúde. A estratégia de construção do mapa da rede social de puérperas no contexto social da epidemia do HIV pode fazer parte da assistência prestada pelos enfermeiros, caracterizando-o como desenvolvimento de uma tecnologia leve na atenção às mulheres (RUIZ; GERHARDT, 2012).

Diante dessa problemática, surgiram novas inquietações e necessidades de aprofundamento investigativo sobre a rede social de puérperas no contexto social da epidemia do HIV, com o intuito de contribuir para a prática e enfrentamento das possíveis dificuldades. Desse modo, justifica-se a realização desta pesquisa a partir da necessidade de refletir sobre as implicações das relações estabelecidas pelas puérperas no contexto social da epidemia do HIV com os membros da sua rede social. Com o auxílio deste referencial, há a compreensão da realidade social e relacional de puérperas no contexto social da epidemia do HIV, as quais buscam auxílio/apoio em sua rede de suporte social para manutenção dos cuidados à sua saúde.

Com isso, busca-se apontar possíveis perspectivas às políticas públicas de saúde e às demandas assistenciais por meio da valorização da dimensão subjetiva e social.

Cabe salientar os benefícios relacionados ao desenvolvimento desta tese às de puérperas no contexto social da epidemia do HIV nos seus aspectos biopsicossociais. Ao visualizar o seu mapa de rede social, construído juntamente com a pesquisadora, elas identificaram os membros que lhes podem prestar, de alguma forma, o apoio ou auxílio para o cuidado à sua saúde, sendo uma proposta de ação reflexiva e participativa. O mapa de rede social poderá ser utilizado como uma tecnologia leve, ajudando as puérperas a reconhecer os elementos significativos que poderão ou não ajuda-las. Ele possibilita estabelecer novas condutas e atribuições com perspectivas dos cuidados à saúde.

2.1 OBJETIVOS

- Analisar a rede social de puérperas no contexto social da epidemia do HIV

- Analisar as implicações da rede social de puérperas no cuidado a sua saúde considerando o contexto social da epidemia do HIV

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a história natural da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), com ênfase na saúde da mulher. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico que resultou nessa sessão com complexas interações e interpretações. Elas apontam para as diferentes dimensões da epidemia, as quais não podem ser analisadas de forma isolada ou definitiva, devido às pesquisas e inovações que são realizadas de forma contínua. Portanto, as ações realizadas em repostas à epidemia, ocorreram de forma conjunta entre as ações para a terapêutica medicamentosa com o cenário social (EPSTEIN, 1996; GALVÃO, 2000).

São apresentados os aspectos políticos, epidemiológicos, clínicos, assistenciais e sociais das mulheres vivendo no contexto do HIV; as demandas de puérperas aos serviços de saúde; as tendências na produção científica da enfermagem brasileira acerca do suporte social às pessoas vivendo com HIV.

3.1 ASPECTOS POLÍTICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA SAÚDE DE MULHERES VIVENDO COM HIV

A AIDS chega ao Brasil por meio da mídia em 1981, sendo possível acompanhar as descobertas realizadas pela comunidade científica dos Estados Unidos da América (EUA), mas ainda não havia sido identificado nenhum caso da doença no país. As principais fontes de informações eram as agências norte-americanas, que influenciaram a abordagem na mídia nacional e o imaginário social sobre a homossexualidade e os comportamentos de risco. Isso devido ao grande número de pacientes jovens, homossexuais do sexo masculino, os quais apresentavam doenças raras, como o Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e o comprometimento do sistema imunológico. Dessa forma, surgiu uma nova doença com a etiologia e o tratamento desconhecidos (GALVÃO, 2000; BRASIL, 2004a).

No Brasil, os primeiros casos foram notificados em 1982, apresentando maior concentração nos chamados “grupos de risco”, e em pessoas com comportamentos considerados de risco. Estes grupos eram representados pelos homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo em

inglês), adotando assim temporariamente o termo de Doença dos 5H (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

A década de 80 foi marcada pela gravidade do quadro clínico das pessoas infectadas pelo HIV, como também, pelo elevado índice de mortalidade provocado pela aids, devido à inexistência dos métodos terapêuticos eficientes. A epidemia provocou desafios à área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e, principalmente, forneceu maior visibilidade às questões relacionadas com a prática sexual (SILVA *et al.*, 2013; GALVÃO, 2000).

Com a propagação do vírus pelo país, aconteceu um aumento da epidemia nas diferentes populações, sinalizando a extrapolação da infecção dos “grupos de risco”. Assim, ocorre um contínuo processo de transformação no perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e, com isso, compreende-se a necessidade de ações permanentes para o controle da epidemia. As modificações são marcadas pelos movimentos de interiorização, pauperização, heterossexualização e feminização (SILVA *et al.*, 2013; GALVÃO; CERQUEIRA; MACHADO, 2004).

A disseminação do HIV estava relacionada à aceleração dos deslocamentos humanos, que engloba desde o uso do avião até os movimentos migratórios, além dos deslocamentos motivados por guerras. O Brasil, devido a sua grande extensão geográfica, possui dinâmicas regionais e populacionais distintas, entretanto, a disseminação da epidemia do HIV tem ocorrido de forma semelhante em todo país. Inicialmente, concentrava-se nas grandes metrópoles, principalmente no eixo Rio de Janeiro-São Paulo, mas verificou-se a difusão em direção aos municípios de médio e pequeno porte, caracterizando a interiorização da epidemia. Esse processo abrange um maior número de municípios de pequeno porte, os quais dispõem de menos recursos sociais e de saúde, resultando em obstáculos para o diagnóstico e enfrentamento da doença (GALVÃO, 2000; BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000; SOUZA *et al.*, 2013).

Pela menor disponibilidade de recursos, a interiorização reflete a tendência à pauperização. Ela é determinada pela expressiva mudança no perfil da escolaridade das PVHIV. Em 1982, a totalidade dos casos conhecidos apresentava nível superior ou médio, nos anos subsequentes, houve progressivo aumento dos casos em pessoas com menor grau de escolaridade. A baixa escolaridade é um aspecto que pode interferir na compreensão e na interpretação das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, podendo ser uma barreira tanto na prevenção como no tratamento da doença (SOUZA *et al.*, 2013; BRASIL, 2004a).

No começo da epidemia, o segmento populacional mais atingido eram homens homossexuais e bissexuais, porém se verificou uma relevante estabilização nessa subcategoria de exposição devido à mobilização social e mudança de comportamento para práticas sexuais mais seguras. Contudo, a epidemia se constituiu uma realidade para a população feminina. Desde seu surgimento, a existência desses casos era entendida como restrita às mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos, de homens bissexuais e envolvidas na prática da prostituição. Já no final da década de 80, constatou-se um aumento considerável no número de casos de infecção pelo HIV entre as mulheres (SOUZA *et al.*, 2013; BRASIL, 2010a).

Atualmente, a via de transmissão predominante é a sexual e os casais em relacionamentos heterossexuais estáveis são os mais atingidos. O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta no crescimento substancial de casos em mulheres. Esse crescimento vem sendo apontado como a feminização, o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia. Isso é reflexo dos comportamentos social e sexual da população, associado a aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero (SOUZA *et al.*, 2013; BRASIL, 2003).

Mesmo com feminização da epidemia do HIV, a saúde da mulher foi introduzida às políticas públicas de saúde nas primeiras décadas do século XX, entretanto, eram limitadas às demandas relacionadas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis apresentavam uma visão restrita sobre a mulher, pautada na sua especificidade biológica e no seu papel social como mãe, responsável pelo lar, pela educação e pelo cuidado com os filhos. Esses programas eram vigorosamente criticados pelo movimento feminista brasileiro, pois a mulher somente tinha acesso aos serviços de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal. Assim, revelam-se as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, estas relacionadas à anticoncepção, à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e à sobrecarga de trabalho (BRASIL, 1984; BRASIL 2003).

Durante este período, ocorreram reformulações políticas no país: a transição da ditadura para o regime democrático. Esse momento foi considerado importante para a compreensão do surgimento de novas demandas políticas, o que influenciou positivamente os movimentos e conquistas em prol das lutas contra a aids. Para tanto, ocorreu a criação do primeiro Programa de AIDS de São Paulo em 1983. Ele dispunha de algumas medidas: como o estabelecimento da notificação compulsória, criação de um serviço de informações por telefone e a participação da comunidade. O movimento sanitário progressista coincidindo com o primeiro governo democrático, a crescente mobilização social e o aumento do número de casos de pessoas

soropositivas foram fatores que favoreceram o surgimento da resposta governamental paulista (GALVÃO, 2000).

No âmbito da saúde da mulher, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, o qual possuía como principal propósito a acessibilidade aos meios de contracepção, significando um avanço nos direitos reprodutivos das mulheres. Para promover assistência qualificada durante o planejamento familiar, foi disponibilizado, além de uma capacitação para os profissionais de saúde, um grande número de métodos contraceptivos. Essas ações obtiveram impacto inicial, mas não se verificou continuidade e resultados significativos. A principal razão atribuída foi à diminuição do fornecimento de insumos pelo Governo Federal. Observou-se o início de uma abordagem em saúde de forma singularizada, considerando as dimensões: social, econômica, histórica e política. Isso significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido (BRASIL, 1984).

No contexto da epidemia da aids, ocorreram as primeiras respostas não governamentais marcadas pela necessidade de ações imediatas. Surgiram iniciativas como: o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), fundado em São Paulo em 1985, sendo a primeira Organizações Não Governamental (ONG) criada para trabalhar especificadamente com a aids. Ela possuía como características a militância, no que diz respeito à discriminação, e a preocupação com os direitos civis das pessoas soropositivas. Além disso, em 1986, no Rio de Janeiro, houve a criação da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), primeira entidade brasileira fundada e presidida por uma pessoa assumidamente soropositiva, Herbert de Souza (Betinho)¹. Ele buscava conferir à instituição um caráter interdisciplinar e realizar a articulação com as políticas de aids locais e atuação no cenário internacional (GALVÃO, 2000).

Também em 1985, foi publicada a Portaria nº 236 de 02 de Maio de 1985, que apresenta o Programa de Controle da aids, o qual possuía como objetivo coordenar ações de vigilância epidemiológica, determinação de medidas de prevenção e a operacionalização das ações de investigação e controle da síndrome. O Programa Nacional de AIDS, instituído em 1986, beneficiou-se de iniciativas governamentais que já estavam em andamento em alguns estados, principalmente em São Paulo. Como já mencionado, o Programa de AIDS de São Paulo foi fundamental para incentivar ações em âmbito nacional (BRASIL, 1985; GALVÃO, 2000).

A mobilização para o enfrentamento da aids no Brasil sempre manteve um diálogo com diferentes interlocutores fora do país, possuindo um caráter transnacional. Foram realizadas ações com colaboração de organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a qual promovia estratégias regionais de respostas à epidemia. Desde então, o

país se destaca mundialmente pelas ações de prevenção, assistência e defesa dos direitos humanos (BRASIL, 2012a; GRANGERO; SILVA; TERIXEIRA, 2009).

Não obstante, observa-se uma evolução da infecção pelo HIV, especialmente entre as mulheres em idade fértil, cuja possibilidade de Transmissão Vertical (TV) do HIV, dada pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, trabalho de parto, e parto (contato com as secreções cervicovaginais e sangue materno) ou durante amamentação aumenta. Em 1985, foi notificado o primeiro caso de TV do HIV, com isso, suscitou-se um alerta sobre a necessidade de serem revistas às políticas voltadas às mulheres (BRASIL, 2010b).

Na década de 90, começou uma nova fase no enfrentamento da epidemia no país, pela expectativa da vinda de recursos do Banco Mundial para implementação do projeto denominado “AIDS I”. Entretanto, nesse período aconteceu uma mudança no cenário nacional das ONGs, motivada por uma crise nos recursos financeiros, a qual sofreu influência do Plano Real e das transformações de ações políticas das ONGs. Em 1994, foi oficializado o acordo com o Banco Mundial e foram iniciadas as atividades de forma efetiva na prevenção, tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e HIV/AIDS, vigilância epidemiológica e o fortalecimento das ONGs (GALVÃO, 2000; GRANGERO; SILVA; TERIXEIRA, 2009).

Mas a maior visibilidade internacional do Programa Nacional de AIDS ocorreu, principalmente, com a oferta universal e gratuita de antirretrovirais (ARVs), assegurada pela lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, houve um aumento da sobrevivência, da possibilidade de profilaxia da TV e de melhoria na qualidade de vida PVHIV, configurando a aids como doença crônica (BRASIL, 1996; GALVÃO; CERQUEIRA; MACHADO, 2004).

Para promover a continuidade das ações, em 1998, foi assinado o segundo acordo com o Banco Mundial, intitulado “AIDS II”. Esse possuía como objetivos gerais: a redução da incidência da infecção pelo HIV/AIDS e outras DST; e a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas vivendo com HIV/aids e outras DST (BRASIL, 2001).

Mesmo com as estratégias e incentivos realizados pelo MS, como os testes anti-HIV e as medicações profiláticas, responsáveis pela redução das taxas de TV, as crianças continuaram a se infectar. Portanto, tornou-se fundamental a prevenção e o monitoramento da TV, sendo estabelecido pelo MS como uma das suas prioridades, mediante a Portaria nº 993 de setembro de 2000, sobre notificação compulsória de gestantes soropositivas. Soma-se a isso, a chegada de muitas mulheres às maternidades sem acompanhamento pré-natal, conseqüentemente, sem a cobertura da testagem para o HIV (BRASIL, 2000; BRASIL, 2015a).

Diante disso, o MS adotou ações para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2002. Dispôs de ações como: qualificação das consultas de pré-natal e a promoção do vínculo entre a atenção primária e a hospitalar. No contexto do HIV, garante as gestantes o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar de alto risco, além da oferta de testagem anti-HIV durante a primeira consulta de pré-natal. Sendo assim, possibilita-se um diagnóstico ou a confirmação do estado sorológico no início da gestação e a oferta das medidas de profilaxia da TV de forma adequada (BRASIL, 2002a).

Evidenciam-se algumas lacunas nos modelos desenvolvidos pelos serviços de saúde, em alguns casos, associados ao despreparo dos seus profissionais, apontando fragilidades na abordagem de questões relativas à sexualidade, às ISTs, ao HIV, à saúde reprodutiva e ao uso de drogas. Dessa forma, o acolhimento das necessidades dessas mulheres no pré-natal, parto e puerpério tornam-se dificultado (BRASIL, 2015a).

Em virtude disso, o MS, por meio da Portaria nº 2104/GM em 19 de novembro de 2002, criou o “Projeto Nascer Maternidades”, com o objetivo de capacitar as equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento à gestante, puérpera e do recém-nascido (RN) a fim de reduzir a TV do HIV e aumentar o controle da sífilis congênita. O enfoque prioritário das capacitações era: acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis e vigilância epidemiológica. Também, criaram-se mecanismos para a disponibilização de fórmula láctea infantil a todos os RNs expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade (BRASIL, 2002b).

Com o propósito de promover a melhoria das condições de vida e saúde da mulher, em 2004, consolidou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como objetivo principal a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Dessa maneira, esperava-se a redução da morbidade e mortalidade feminina no país, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais. Esperava-se também atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção. Esse documento, no âmbito do HIV, promove a prevenção e o controle do HIV e ISTs, a ampliação e a qualificação da atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids. Inclui, ainda, ações de promoção, prevenção e controle do HIV e ISTs para mulheres em situação de cárcere penitenciário (BRASIL, 2004b).

A infecção pelo HIV consolidou-se como uma realidade para população feminina, por esse motivo, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do MS, em 2007, desenvolveu o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da aids e outras DSTs. Este plano buscava aprimorar ações e estratégias para articular o enfrentamento das vulnerabilidades em que as mulheres estavam predispostas ao HIV e outras ISTs. As ações focavam nos esforços em diminuir as limitações de acesso as informações, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. Acrescentam-se os aspectos socioculturais relacionados à desigualdade de gênero, os quais se configuraram como os principais desafios para a implantação do Plano (BRASIL, 2007).

Em 2015, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que desenvolveu o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da aids e outras DSTs, já citada, foi incorporada ao então recém-criado Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MMIRDH). O presidente interino Michel Temer, em 2016, extinguiu o MMIRDH e atribuiu suas funções ao Ministério da Justiça, que passou a se chamar oficialmente Ministério da Justiça e Cidadania. Isso foi considerado um retrocesso para a assistência de saúde das mulheres, em especial das que vivem com HIV.

Do ponto de vista biológico, as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV, devido à especificidade dos órgãos sexuais femininos, e mais suscetíveis à ISTs do que os homens. Observam-se outras vulnerabilidades, principalmente em mulheres vivendo com HIV. Essas se transformam em desigualdades, como as diferenças sociais nos papéis desempenhados por homens e mulheres. Isso tem interferido na autonomia feminina para tomada de decisões e na capacidade de negociação de práticas sexuais seguras com seus parceiros, influenciando na prevenção da infecção pelo HIV (PORTER *et al.*, 2016; BRASIL, 2010a; CARVALHO *et al.*, 2011; HOLANDA *et al.*, 2015).

No intuito de reforçar o direito da mulher ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério como também à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável, instituiu-se a Rede Cegonha em 2011. Na sua implementação, o MS realizou o financiamento de novos exames e ampliou a oferta de outros exames, como o teste rápido de gravidez/HIV/Sífilis (BRASIL, 2011).

No período de 2007 até junho de 2020, (342.459) casos acumulados de infecção pelo HIV foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O maior quantitativo é identificado na Região no Sudeste 152.029 (44,4%), seguida pelas Regiões Sul com 68.385 (20,0%), Nordeste com 65.106 (19,0%), Norte com 30.943 (9,0%) e a Região Centro-Oeste 25.966 (7,6%). Verificou-se em 2019 um crescimento nas regiões Norte e

Nordeste com maiores taxas de detecção de aids, correspondendo aos estados de Roraima (40,1%) e Amazonas (34,8%) casos por 100 mil hab. (BRASIL, 2020).

Também se observou nos casos de infecção pelo HIV, um total de 237.551 (69,4%) casos em homens e 104.824 (30,6%) casos em mulheres, no período de 2007 até junho de 2020. Com isso, evidenciou-se a diferença entre razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de infecção pelo HIV em homens e mulheres (BRASIL, 2020).

Realizou-se uma análise em relação à taxa de detecção dos casos de aids no sexo feminino notificados no SINAN, aglutinando-os por décadas para comparação desses dados: Na primeira década, 1980-1989, foram 1.840 casos, na segunda década, 1990-1999, 54.195 casos, na terceira década, 2000-2009, 150.872 casos, e na quarta década, 2010-2019, 136.442 casos. Com a distribuição dessa maneira, é possível verificar um aumento progressivo da primeira até a terceira década da epidemia. Entretanto, na quarta década observa-se um declínio dos casos em mulheres (BRASIL, 2020).

Segundo a escolaridade, ocorreu um elevado percentual de casos ignorados (25,5%), o que dificulta a avaliação dos casos de infecção pelo HIV relativos a esse item. Porém, nos casos em gestantes infectadas pelo HIV, observa-se que 28,3% possuem da 5^a à 8^a série incompleta. Esse resultado é semelhante ao estudo realizado no Estado de São Paulo, no qual foi identificada associação estatística significativa entre baixa escolaridade e soropositividade para HIV. A baixa escolaridade pode dificultar o reconhecimento da necessidade de realização da Terapia Antirretroviral (TARV), implicando em prejuízos à adesão ao tratamento, consequentemente na profilaxia da TV (BRASIL, 2020; MIRANDA, *et al.*, 2016).

No que se refere à notificação da infecção pelo HIV em gestantes, o período de 2000 até junho de 2020 apresentou (134.328) casos acumulados. A maior concentração dos casos foi na Região Sudeste (37,7%), seguidamente das regiões Sul (29,7%), Nordeste (18,1%), Norte (8,6%) e Centro-Oeste (5,8%). A taxa de detecção de gestantes infectadas pelo HIV possuiu uma pequena tendência de aumento nos últimos anos devido ao grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha. Nos últimos dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de gestantes. No ano de 2019, a Região Sul mostrou a maior taxa de detecção entre as regiões (5,6 casos/mil nascidos vivos), aproximadamente 2 vezes maior que a taxa nacional (BRASIL, 2020).

Estes dados podem ser compreendidos por meio do aumento ocorrido na cobertura na assistência pré-natal no país, consequentemente, o acesso aos testes de diagnóstico do HIV foi ampliado. No entanto, pôde-se verificar em um estudo a relação entre a influência das

diferenças demográficas do nosso país e a cobertura pré-natal, que no estado Espírito Santo foi de 91%, mas, no estado do Amazonas, 79,0% (BRASIL, 2013; MIRANDA *et al.*, 2016).

A partir dessa contextualização sobre a saúde da mulher vivendo com HIV nas dimensões política e epidemiológica, pode-se observar que a epidemia da aids possibilitou a ampliação do diálogo sobre as abordagens médico-terapêuticas. Aquilo que cada cultura classifica como: crença, tabu, sexualidade, saúde, estigma e religiosidade podem marcar e determinar os caminhos da história natural de uma epidemia. Pode, também, tornar-se responsável pelo desenvolvimento de uma diversidade de iniciativas consideradas como sem precedentes no enfrentamento da doença. Soma-se a isso a ampliação da visibilidade a determinadas reivindicações sociais trazidas por seguimentos da sociedade civil tradicionalmente estigmatizado (EPSTEIN, 1996; GALVÃO, 2000).

Verificou-se estímulo governamental e não governamental durante o processo de criação das políticas públicas, porém, alguns programas reforçam o proposto pelo MS, trazendo pequenas mudanças e contribuições. Isso pode ser justificado pelas fragilidades na implementação das políticas públicas direcionadas a essa população. São exemplos de fragilidades: o despreparo dos profissionais da saúde e, conseqüentemente, a dificuldade de acesso das gestantes e puérperas vivendo com HIV à atenção primária de saúde. Focalizando o atendimento aos Serviços de Atenção Especializada (SAE), interferindo na qualidade do atendimento, sabe-se que está assistência deve ser realizada de forma compartilhada e em rede.

3.2 ASPECTOS CLÍNICOS, ASSISTENCIAIS E SOCIAIS DA SAÚDE DE MULHERES E PUÉRPERAS VIVENDO COM O HIV

Diante da necessidade de tratar um grande número de homens, adultos doentes, iniciaram investigações sobre a nova doença, ainda não classificada, supostamente infecciosa e transmissível, cujo fim se dava pela falência do sistema imunológico dos pacientes. Duas equipes de cientistas se dedicaram a essas pesquisas, o grupo liderado pelo francês Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, e a equipe do americano Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer dos EUA. Durante anos, ocorreu uma polêmica disputa pela paternidade da descoberta do HIV. Atualmente, considera-se que o grupo de Montagnier foi o primeiro a identificar o HIV em 1983, mas o grupo de Gallo realizou contribuições significativas para demonstrar que o vírus é o causador da aids. Portanto, ambos os cientistas passaram a ser reconhecidos como descobridores do vírus (BRASIL, 2017b; SABINO; BARRETO; SANABANI, 2009).

O HIV é um retrovírus, pertence ao gênero *Lentiviridae*, tem capacidade de infectar os linfócitos TCD4+ e, assim, comprometer o sistema imunológico. O vírus possui um núcleo contendo o RNA viral, circundado por um envelope composto de glicoproteínas (GP). Para que o HIV possa penetrar na célula-alvo, é necessário que a membrana do envelope viral se funde com a membrana plasmática da célula-alvo. Esse processo é mediado pelas GP (GP120 e GP41). O conteúdo do núcleo viral é esvaziado na célula hospedeira e, dessa maneira, a enzima transcriptase reversa do HIV replica o material genético do ácido ribonucleico (RNA) viral para ácido desoxirribonucleico (DNA) de filamento duplo e se une ao DNA celular. Assim, a célula começa a produzir novas proteínas virais, que se ligam ao RNA viral em novas partículas virais e começam um novo processo (BRASIL, 2016).

Foram reconhecidos dois tipos distintos do vírus, esses ainda se subdividem em grupos. O HIV-1 é uma forma mais agressiva do HIV e com maior prevalência no Brasil. Posteriormente, foi descoberto o HIV-2, cuja taxa de replicação é menor e, conseqüentemente a taxa de transmissão é menor. Os dois tipos têm a mesma evolução clínica, assim como a forma de contágio. Observa-se um aumento na complexidade da composição de subtipos virais nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2016; RIBEIRO; VERAS; GUERRA, 2009).

O vírus está presente no sangue, líquido seminal, secreção vaginal, líquido amniótico e leite materno. As principais formas de transmissão são por: relação sexual desprotegida, por meio da mucosa do trato vaginal, anal e oral; sanguínea pelo uso de perfuro cortante não esterilizado; e transmissão vertical que é a passagem do vírus da mãe para o bebê, e pode ocorrer durante a gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento materno (BRASIL, 2015b).

A probabilidade de transmissão materno infantil do HIV, na maioria dos casos, ocorre durante o trabalho de parto e parto e é em torno de 65%. Já a transmissão intrauterina ocorre geralmente nas últimas semanas de gestação e compreende 35%. O aleitamento materno é um risco adicional de 7% a 22%, que se renova a cada exposição. A transmissão ocorre tanto por mães assintomáticas quanto sintomáticas (BRASIL, 2010a).

Vários fatores estão associados ao risco de TV, dentre eles: genótipo e fenótipo virais; o estado clínico e imunológico da gestante; a presença de DSTs; coinfeções; tempo de uso de ARVs na gestação; o uso de drogas injetáveis; prática sexual desprotegida; fatores obstétricos como ruptura prematura das membranas amnióticas; via de parto, presença de hemorragia intraparto; prematuridade, baixo peso ao nascer e aleitamento materno (BRASIL, 2010a).

Após a transmissão do vírus, inicia a resposta imunológica inata que recruta uma quantidade adicional de linfócitos T para o foco da infecção, o que aumenta a replicação do vírus. A partir dessas células infectadas o vírus é disseminado para os linfonodos, ocorrendo

elevação da carga viral (CV) e diminuição dos linfócitos TCD4+, dessa maneira, a pessoa se torna altamente infectante (BRASIL, 2016).

A infecção aguda pelo HIV é idêntica a outras síndromes virais e geralmente duram menos de dez dias. O conjunto de manifestações clínicas é denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), cujos sintomas são: febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. Ainda, podem existir sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais. Manifestações clínicas intensas e prolongadas, superiores há 14 dias podem estar associadas à progressão rápida da doença (BRASIL, 2017b).

Na fase de latência clínica, pode persistir a linfadenopatia, além disso, geralmente aparecem alterações nos exames laboratoriais e os achados mais comuns são: plaquetopenia, anemia e leucopenia leves. Nessa fase, a contagem de linfócitos TCD4+, situa-se entre 200 e 300 céls/mm³. Com a progressão da infecção, tornam-se mais frequentes herpes-zoster, candidíase oral e a pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*. A diarreia crônica e febre de origem indeterminada são preditores de evolução para aids (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2016). Como marcadores da aids, são considerados os aparecimentos de infecções oportunistas (IO) e neoplasias. Destacam-se entre as IO: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. Entre as neoplasias mais comuns estão: sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino. Nesse período, a contagem de linfócitos TCD4+, na maioria das vezes, situa-se abaixo de 200 céls/mm³ (BRASIL, 2017b).

Torna-se necessário promover um cuidado integral e contínuo às PVHIV, para isso, o MS propõe um processo composto por cinco etapas, denominado “Cascata de cuidado contínuo do HIV”. Na primeira etapa, promove-se o diagnóstico oportuno. Posteriormente, na segunda etapa denominada vinculação ocorrem o acolhimento, a orientação, e encaminhamento da pessoa ao serviço de saúde. A terceira etapa é a retenção, processo que consiste no acompanhamento clínico regular e contínuo. Já a quarta fase é a adesão ao tratamento, início da TARV e sua promoção. A quinta e última fase é supressão da CV e o alcance de uma qualidade de vida (BRASIL, 2017b).

Em razão disso, é fundamental uma reorientação no modelo de cuidado às PVHIV, que responda a concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida. Com isso, torna-se essencial a incorporação de ações programáticas abrangentes, como proposta de descentralização do cuidado. Ela foi baseada na evolução dos modelos de atenção ao HIV, os quais anteriormente eram centrados unicamente em serviços especializados, os quais passaram a apresentar deficiências. Esse modelos foram substituídos por modelos matriciados em que diferentes níveis de atenção

participam de distintos pontos da linha de cuidado ao HIV/aids. Para tanto, os modelos matriciados devem ser estruturados a partir das realidades locais dos sistemas de saúde e de acordo com a complexidade das ações e as necessidades de intervenções (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2014).

O MS já indicava a realização de ações preventivas, mobilização comunitária, aconselhamento e cuidados gerais da saúde PVHIV pela atenção básica. Somando-se a essas atividades, houve a inserção do diagnóstico na atenção básica, por meio da oferta de teste rápido para HIV e sífilis juntamente com o aconselhamento, sendo concebido de forma gradual, como preconizado na Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Todavia, ainda uma parcela considerável das pessoas infectadas pelo HIV obtém seu diagnóstico na fase crônica da infecção. Mesmo assim, indica-se a oferta de testagem para HIV a todas as pessoas sexualmente ativas, em especial após exposição de risco. Não deve haver qualquer tipo de constrangimento para a realização dos testes. É necessário no momento da testagem um ambiente de confiança e respeito, com a finalidade de favorecer o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades, permitindo uma atenção resolutiva para continuidade da assistência (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2014).

Durante o período gestacional, a testagem deve ser realizada no primeiro trimestre (preferencialmente na primeira consulta de pré-natal), no início do terceiro trimestre de gestação (28ª semana de gestação), podendo ser realizada em qualquer momento se houver exposição de risco ou violência sexual. Recomenda-se a realização da testagem rápida também na admissão da mulher na maternidade, hospital ou casa de parto, devendo ser ofertada, nessa ocasião, a testagem combinada para HIV, sífilis e hepatite B. As gestantes diagnosticadas com HIV devem ser encaminhadas para o seguimento pré-natal de alto risco, mantendo o vínculo com a atenção básica (BRASIL, 2017c), como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de local de atendimento da gestante com HIV, de acordo com sua situação clínica.



Fonte: SVS/MS, 2017.

Destaca-se a necessidade do aconselhamento pré-teste e pós-teste, considerado uma ação em saúde, que contribui para reflexão, superação de dificuldades, sobretudo, da autonomia do sujeito no processo de prevenção e cuidado. Em 1988, aconteceu a primeira experiência de orientação para prevenção do HIV, com a implantação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). A consolidação da prática de aconselhamento se deu em 1997, com a remodelação do COAS para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (PEQUENO; MACEDO; MIRANDA, 2013; BRASIL, 1999). O impacto das ações dos CTA para a redução da incidência de HIV está diretamente relacionado ao aconselhamento e, ainda, ao suporte e auxílio para mudança de comportamento em situações de risco de portadores e não portadores do HIV. Para que o aconselhamento seja possível, os profissionais devem reconhecer seus próprios limites e rever seus conceitos (ARAÚJO *et al.*, 2014).

O diagnóstico sorológico da infecção do HIV, desde o surgimento da epidemia, é realizado com pelo menos dois testes. O primeiro para triagem e um segundo para confirmar o resultado. A combinação de testes frequentemente utilizada é por meio de um imunoensaio de triagem seguido pelo Western Blot como teste complementar. O resultado não reagente é liberado com base em um único teste. O resultado reagente sempre é confirmado com um segundo teste diferente do primeiro. As pessoas recém-diagnosticadas precisam realizar o exame de CV-HIV, cujo resultado confirma a presença da infecção. (BRASIL, 2016).

Deve-se assegurar o diagnóstico oportuno, portanto, como mencionado em 2012, foi implementada a utilização de testes rápidos com o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV. Os testes rápidos são imunoensaios simples e podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência da disponibilidade de teste rápido, o diagnóstico do HIV foi ampliado e pode ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais. O teste complementar geralmente utilizado é o Western Blot. Os testes possuem diferentes formatos, princípios e estão incluídos: Western Blot, Imunoblot, Imunoblot Rápido

e Imunofluorescência Indireta. Recentemente, os testes moleculares também foram incluídos, uma vez que quantificam o material genético do HIV, auxiliando na detecção durante a infecção aguda e em crianças menores de 18 meses (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013).

A abordagem laboratorial no acompanhamento de gestantes infectadas pelo HIV tem como objetivo avaliar a condição geral de saúde da mulher, identificar situação imunológica e virológica inicial e os fatores de risco na evolução da gravidez. Os níveis de CV-HIV são fatores importantes associados às chances de transmissão vertical e sua testagem deve ser solicitada pelo menos três vezes durante a gestação. Indica-se a testagem na primeira consulta pré-natal, para estabelecer a magnitude da viremia; durante o seguimento da gestação, duas a quatro semanas após a introdução da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento; e a partir da 34ª semana, para indicação da via de parto (BRASIL, 2017c).

Para gestantes em início de tratamento, a contagem de LT-CD4+ deverá ser solicitada na primeira consulta de pré-natal e pelo menos a cada três meses durante a gestação. Para gestantes em seguimento clínico em uso de TARV, com CV-HIV indetectável, solicita-se contagem de LTCD4+ juntamente com CV-HIV na primeira consulta e na 34ª semana (BRASIL, 2017c). Para garantir uma qualidade e continuidade da assistência, o MS incentiva a gestão compartilhada da atenção às PVHIV, com o objetivo de: ampliação do acesso à saúde, estabelecimento de vinculação aos serviços de saúde, melhorias do atendimento e do prognóstico das PVHIV. A linha de cuidado passa a contar com novos serviços e estratégias como: o suporte dos serviços especializados à atenção básica e o atendimento compartilhado entre SAE e atenção básica. Conjuntamente, os serviços constroem uma rede de saúde articulada e integrada, refletindo na qualidade de vida das PVHA (BRASIL, 2015b; CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2014). Para que o modelo matriciado seja eficiente e resolutivo, é importante determinar um método de estratificação de risco e realizar qualificação dos profissionais da atenção básica sobre o manejo da infecção pelo HIV. Além disso, possuir um suporte técnico de outros profissionais com experiência permite maior segurança troca de conhecimentos e disponibilidade aos exames de linfócitos T CD4+ e CV e viabiliza a ampliação do acesso aos antirretrovirais (BRASIL, 2014).

Atualmente se trabalha com a proposta de “gestão dos riscos”, uma estratégia de prevenção com a finalidade de aumentar o grau de autonomia de indivíduos e de segmentos sociais, assim descentralizando o cuidado, para lidarem com a prevenção da transmissão sexual do HIV (BRASIL, 2017). Vários aspectos estão envolvidos neste processo de descentralização do cuidado, como as condições estruturais, a fim de que o processo seja desenvolvido como mecanismos de sensibilização, acompanhamento e qualificação dos profissionais de saúde. As

capacitações em articulação com o apoio matricial são estratégias fundamentais para a mobilização em direção à corresponsabilidade e compartilhamento do cuidado, diferente da transferência de responsabilidade (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016). Diferentes ações de prevenção estão sendo desenvolvidas, denominadas de “Prevenção Combinada”, tanto as diretamente voltadas ao combate do HIV quanto aos fatores associados à infecção. Quanto à combinação dos três eixos de intervenções para prevenção ao HIV, existem: as biomédicas, que promovem a redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV; as comportamentais cujo foco está na abordagem dos diferentes graus de risco; as estruturais, as quais remetem as estratégias voltadas a interferir nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos. Será apresentado um esquema representativo da prevenção combinada desenvolvido pelo MS (Figura 2) (BRASIL, 2017b).

Figura 2 – Mandala da prevenção combinada.



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

A principal indicação biomédica é o início precoce da TARV, possuindo benefícios relacionados à redução da morbimortalidade, à diminuição da transmissão da infecção, e ao impacto na redução da tuberculose. Também é considerada uma opção terapêutica bem tolerada. Inicialmente, a terapia deve incluir combinações de três antirretrovirais, dois desses devem ser da classe de inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo (ITRN),

associado à outra classe de inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN), ou inibidor de protease (IP) ou inibidor de integrase (INI) (BRASIL, 2017b).

A TARV está indicada para todas as PVHIV, em especial as sintomáticas, independentemente da contagem de linfócitos TCD4+, pois a presença de sintomas demonstra fragilidade imunológica. Na gestação, a indicação da TARV tem dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical, sendo recomendada para gestantes que estão assintomáticas e o dano imunológico é pequeno ou ausente. Como também, nos casos de gestantes que apresentam repercussão clínica e/ou imunológica grave da infecção (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2010a).

Durante a gestação, a terapia pode ser iniciada a partir das 14^a semana de gestação, ou logo após a coleta de exames, antes mesmo de se ter os resultados de linfócitos TCD4+ e CV, com o objetivo de alcançar rapidamente a supressão viral, fator importante na redução da TV. Quando a CV materna está suprimida, considerada abaixo de 50 cópias/mL próxima ao parto, o uso de TARV durante a gravidez reduz a taxa de TV de aproximadamente 30% para menos de 1%. A TARV não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de linfócitos TCD4+. Já as mulheres que utilizam ARV (VO), devem manter o uso nos horários habituais, mesmo durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017c).

A escolha da via de parto tem relação direta com a CV. Para mulheres com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34^a semanas de gestação, a cesárea eletiva é indicada após 38^a semana de gestação, a fim de evitar prematuridade. A via de parto vaginal é indicada para mulheres em uso de ARV e com supressão da CV. Além disso, o uso de zidovudina (AZT) endovenoso é recomendado durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos três horas antes da cesárea eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical (BRASIL, 2017c).

A puérpera vivendo com HIV deve ser orientada a não amamentar. Sobre a inibição farmacológica da lactação, utiliza-se cabergolina 1mg (VO), em dose única administrada antes da alta hospitalar. O seguimento obstétrico da mulher com HIV no puerpério é igual de qualquer outra mulher, deve-se prever seu retorno entre 5^o e 8^o dia e no 42^o dia após o parto. A puérpera deve ter alta da maternidade com a consulta agendada no serviço de saúde especializado, para seu acompanhamento e o da criança (BRASIL, 2017c).

Além disso, a criança exposta terá direito a receber a fórmula láctea infantil, até completar seis meses de idade. Os principais cuidados com o RN exposto ao HIV recomendados pelo MS são: limpar todo sangue e secreções visíveis na superfície corporal e encaminhá-lo imediatamente para o banho com água corrente. Quando necessário realizar delicadamente a

aspiração das vias aéreas, evitando traumatismos em mucosas. Iniciar a primeira dose da TARV solução oral, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras quatro horas após o nascimento e deve ser mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida. Além disso, a data da primeira consulta não deve ultrapassar 15 dias após o nascimento (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2017c).

A trajetória de enfrentamento da epidemia do HIV entre as mulheres é complexa, pois carrega consigo o estereótipo de uma doença vergonhosa, fortemente associada ao significado de desvalorização moral e social. Isso por causa de sua ligação cultural da sexualidade, a qual pode ser explicada pela submissão sexual das mulheres aos homens e pela repressão sexual que permeia a educação das meninas, constituída com base em mitos e preconceitos delimitados por gênero, orientação sexual, classe social e raça. A vivência com o HIV vem acompanhada de condições propulsoras ao sofrimento ou adoecimento psíquico (CARVALHO; GALVÃO, 2008; SILVA; ARAÚJO; PAZ, 2008).

A infecção pelo HIV aumentou as discussões acerca de questões de gênero e de direitos reprodutivos. Mesmo que as mulheres tenham se empoderado em muitos aspectos, em uma sociedade predominantemente machista, ainda sofrem com o preconceito. Quando estão no período gravídico puerperal e vivendo com HIV, observa-se um aumento do estigma social, da discriminação e do preconceito, tornando-se obstáculos para a prevenção da TV (VILELA; BARBOSA, 2017; GALVÃO; PAIVA, 2011).

Uma parcela considerável das mulheres se descobre soropositivas ao HIV durante o pré-natal ou parto. Em algumas situações, devido às dificuldades na assistência, especialmente na realização dos exames complementares, o adiamento do diagnóstico acaba acontecendo. Além das fragilidades assistenciais, as mulheres que vivem com HIV enfrentam desafios sociais da epidemia encontrados no cotidiano. Em alguns casos, elas ocultam a condição sorológica de seus familiares e de seu companheiro por medo de consequências nas relações familiares, sociais e no trabalho. Dessa forma, vivenciam a confirmação da sorologia do HIV associada à gestação sozinha. Essas situações podem refletir na restrição de seu suporte social, implicando na realização dos cuidados de saúde (VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009; CALDAS *et al.*, 2015).

Na vivência dos cuidados para prevenir a transmissão do vírus para o filho, apresentada como profilaxia da transmissão vertical, o casal se depara com o desconhecido/não familiar referente à transmissão do vírus por outra via que não aquela já conhecida, via sexual (LANGENDORF *et al.* 2015). Soma-se a isso, a preocupação com a possibilidade de transmitir o HIV para seu filho, o que implica em questões biológicas de crescimento e desenvolvimento

dessa criança. Igualmente, as mulheres temem que as crianças possam sofrer com as questões sociais referentes ao preconceito e a discriminação. Outro aspecto é a impossibilidade de amamentar, sendo considerado doloroso e punitivo. Entretanto, envolve a possibilidade de manter a criança sadia (SILVA; TAVARES, 2015).

Apesar das evidências mostrarem que o desejo da mulher é de proteger a saúde de seu filho durante a gravidez, verifica-se que apenas cerca de 70% das grávidas em tratamento atingem supressão viral próxima ao parto. A principal causa para a não atingir a supressão viral é a adesão insuficiente, a qual costuma se agravar após o parto. Considera-se como adesão suficiente a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 80% para alcançar a supressão viral e sua manutenção. Alguns fatores facilitam a adesão ao TARV: esquemas terapêuticos simplificados, conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento, acolhimento e vínculo com a equipe e o serviço de saúde, acesso facilitado aos ARV e apoio social (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2017b).

Ainda, evidencia-se uma vulnerabilidade programática coerente com cotidiano de atenção à saúde, visto que o acesso ao acompanhamento nos serviços de saúde é sustentado principalmente pelo princípio de corpos biológicos infectados por HIV com a função de impedir o adoecimento. Nessa lógica, os usuários não são vistos enquanto sujeitos sociais, e muitas iniciativas esbarram em práticas e concepções de profissionais de saúde treinados para observar corpos doentes, ao invés de pessoas com necessidades específicas. Devido a esse tipo de assistência, torna-se necessário reforçar a ideia de operacionalização do monitoramento regionalizado para identificar diferenças no acesso (e do não-acesso) e da continuidade (ou interrupção) do uso de serviço de saúde. Com isso, objetiva-se adequar a assistência às especificidades dos usuários e projetar ações voltadas à diminuição dos níveis de vulnerabilidade (OLIVEIRA, 2009).

3.3 DEMANDAS DE PUÉRPERAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No período pós-parto ou puerpério, a mulher vivencia intensas modificações físicas e emocionais até o regresso da situação anterior à gestação. Indica-se a continuidade do acompanhamento de saúde para avaliação de possíveis riscos de complicações. Em decorrência dessas mudanças, muitas mulheres sentem-se frágeis neste período, requerendo uma atenção especial a sua saúde e que envolva todo seu ciclo familiar (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

As complicações durante o puerpério são as principais causas de morbidade e mortalidade materna, denominadas causas obstétricas diretas. Dentre elas, pode-se citar a eclâmpsia, pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto, infecção puerperal e descolamento prematuro de placenta. Já as causas obstétricas indiretas são aquelas relacionadas com outras patologias como diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, obesidade e infecções sexualmente transmissíveis (ARAÚJO; REAIS, 2012; WANDERLEY; VASCONCELOS; PINHEIRO, 2017). Segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, em 2016, foram declarados no Brasil 1.484 óbitos maternos, sendo 1.038 deles por causas obstétricas diretas e 390 por causas obstétricas indiretas (DATASUS, 2017).

Por esse motivo, o MS tem investido em políticas para melhorar a assistência à saúde da mulher. Em 2002, foi instituído o PHPN, seu principal objetivo era reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002a). Soma-se a isso, a criação da Rede Cegonha em 2011, visando assegurar à mulher uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Incorporou-se o componente “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança”, o qual reforça a promoção do aleitamento materno e o adequado acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica (BRASIL, 2011).

Percebe-se uma lacuna na assistência puerperal evidenciada pela fragilidade na articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde, considerando a comunicação insuficiente entre os serviços hospitalares e a atenção básica (BRONDANI *et al.*, 2016). Após a alta hospitalar, as puérperas, em muitos casos, não possuem um atendimento específico e ficam desassistidas. Algumas das dificuldades encontradas são: estrutura física dos serviços, a falta ou reduzido número de profissionais e falta de compreensão das puérperas sobre a necessidade de acompanhamento para prevenção de agravos. Porém, algumas das ações desenvolvidas pela atenção básica são as visitas domiciliares (VD) e, nesses encontros, podem ser realizadas avaliações clínicas das puérperas, como também, a adaptação extrauterina do RN. Entretanto, na maioria das vezes, é realizada somente pelo agente comunitário de saúde (ACS), diferente do recomendado pelo MS (GARCIA; LEITE; NOGUEIRA, 2013).

Tendo como objetivo identificar as demandas das puérperas, foi desenvolvida uma revisão de literatura¹, em que os estudos foram sintetizados e evidenciou-se: “Demandas

[1] Bases de dados National Library of Medicine (PubMed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As estratégias para a busca foram adaptadas conforme cada base de dados e utilizados descritores controlados, reunidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (mulheres; Serviços de saúde materno-infantil; Período pós-parto; Saúde da mulher; Alojamento conjunto; "delivery of health care"; "maternal-child health services"; "maternal health services"; "health services accessibility"; "postpartum period"; "maternal health" e "health services accessibility". Articulados entre si com

de puérperas aos serviços de saúde para o cuidado de si” e “Demandas de puérperas aos serviços de saúde para o cuidado do recém-nascido”. Os estudos são, na maioria, de abordagem qualitativa (n = 5), a área do conhecimento com maior destaque foi a Enfermagem (n = 5) e houveram mais publicações nos anos de 2016-2014 (n = 6). A América do Sul foi o continente prevalente (n= 5), contudo, a maioria dos estudos foram produzidos em inglês (n = 6) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização do *corpus* da pesquisa de revisão narrativa da literatura, Lilacs e PubMed.

Variáveis	N	%
Abordagem do estudo		
Qualitativo	5	45,4
Quali-quantitativo	4	36,4
Quantitativo	2	18,2
Local do estudo		
América do Sul	5	45,4
África	4	36,4
Oceania	1	9,1
Ásia	1	9,1
Área do conhecimento		
Enfermagem	5	45,4
Interdisciplinar	4	36,4
Medicina	2	18,2
Ano de publicação		
2016-2014	8	72,8

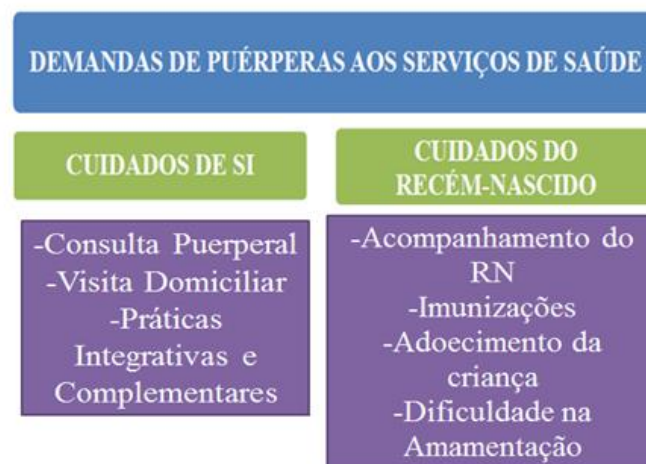
os operadores booleanos and e or.MeSH): Assistência à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Serviços de saúde materna; Serviços de saúde para as¹

2013-2011	3	27,2
Idioma		
Inglês	6	54,6
Português	5	45,4

Fonte: Elaborada pela autora.

As demandas de puérperas aos serviços de saúde serão elencadas abaixo (Figura 3), conforme os resultados encontrados nos estudos. Estão dispostos em duas categorias, as quais emergiram durante a análise dos dados.

Figura 3 – Demandas de puérperas para os serviços de saúde, Lilacs e PubMed. Santa Maria, RS, Brasil, set/2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

3.3.1 Demandas de puérperas aos serviços de saúde para o cuidado de si

Nesta categoria são descritas as demandas de puérperas aos serviços de saúde: consulta puerperal, visita domiciliar e práticas integrativas e complementares de saúde (PIC's). A maioria das mulheres, quando procuraram atendimento, estavam no puerpério mediato, considerado neste estudo a partir de 4 horas após o parto e até duas semanas depois, seguido do puerpério tardio, sendo este do 11º até 42º dia pós-parto. Além disso, o local mais acessado pelas puérperas foi a unidade de saúde, seguido pelo domicílio e pelo hospital.

Quanto à consulta puerperal, ela foi realizada pelo médico quando tinham complicações como malária, dor de estômago e desidratação (MAHITI *et al.*, 2015). Para questões

relacionadas ao aleitamento materno, planejamento reprodutivo e avaliação da ferida operatória, o profissional envolvido foi o enfermeiro (SOUZA *et al.*, 2012; YELLAND *et al.*, 2016; WARREN *et al.*, 2015; TESFAHUN; WORKU; MAZENGIYA; KIFLE, 2014). Preconiza-se que a consulta puerperal seja realizada até o 42º dia após o parto, sendo de suma importância para a prevenção dos possíveis agravos do puerpério e para a promoção da saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2011b).

Na visão de enfermeiras, o atendimento à puérpera não deve ser reduzido à prevenção e controle de doenças, e sim ser voltado à mulher como sujeito social, ampliando sua participação e autonomia (SOUZA *et al.*, 2012). Por outro lado, na visão de mulheres, a consulta é importante apenas quando há alguma alteração em seu estado de saúde ou necessidade de revisão na ferida operatória pós-cesariana, ou seja, a maioria delas não vê necessidade de retornar aos serviços para realização da consulta puerperal. Em estudo com 728 mulheres no puerpério, no Kênia - África, o retorno no puerpério foi observado em apenas metade das mulheres que realizavam o pré-natal (WARREN *et al.*, 2015).

Algumas mulheres mencionam como barreiras para não acessar os serviços de saúde, além da falta de tempo e longa distância (em aldeias na África Ocidental), a disponibilidade limitada de equipamentos e medicamentos nos serviços de saúde, ou a necessidade de pagamentos formais, informais ou suborno (MAHITI *et al.*, 2015; TESFAHUN; WORKU; MAZENGIYA; KIFLE, 2014). No Brasil, a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) se configuram como estratégias ministeriais para ampliação do acesso aos serviços e equidade na atenção à saúde, assim, visam minimizar essas barreiras (BRASIL, 2012c). Porém, um estudo realizado em Recife aponta para a existência de falhas na cobertura das ESF e barreiras estruturais, como falta de insumos e profissionais (LIMA *et al.*, 2015). Assim, demonstra-se uma realidade não muito distante dos países supracitados.

A realização de visitas domiciliares (OLIVEIRA; RODRIGUES; QUIRINO, 2012; SANTOS *et al.*, 2016; YELLAND, 2016) em serviços de atenção primária no Brasil são desenvolvidas principalmente pelos profissionais da ESF, tendo em vista o desenvolvimento de orientações acerca do autocuidado no puerpério. Em estudo realizado no Ceará, verificou-se que o principal foco das demandas eram as orientações acerca da amamentação e possíveis intercorrências mamárias. Foi avaliado pelas puérperas que o pouco tempo de permanência na maternidade conduz a limitações de informações focadas principalmente nas mamas e na recuperação da cesariana, sendo explorada timidamente pela equipe de enfermagem (OLIVEIRA; RODRIGUES; QUIRINO, 2012).

Em um estudo desenvolvido na Paraíba, verificou-se que as usuárias de ESF recebem visita domiciliar apenas por agentes comunitários, não tendo continuidade da assistência com os profissionais que acompanharam o pré-natal. Também informam como barreira organizacional o tempo de espera para consultas na ESF e a distância deste serviço, isso as direcionam a procurar um serviço de emergência para o atendimento de suas demandas (SANTOS *et al.*, 2016), o que de certa forma cria um viés de acesso aos serviços de saúde.

No sul da Austrália, a VD foi realizada por enfermeiros ou médicos. Nesse país, a maior frequência do atendimento foi para puérperas com intercorrências e/ou com recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Os dados dessa pesquisa indicam pouca diferença entre o padrão de utilização dos serviços nas aldeias remotas e na área urbana (YELLAND, 2016).

Esta modalidade de atendimento se mostrou de suma importância para formação de vínculo entre profissional-paciente, propiciando a procura das puérperas pelos serviços (YELLAND, 2016) e a promoção de ações de educação em saúde (OLIVEIRA; RODRIGUES; QUIRINO, 2012; SANTOS *et al.*, 2016). A criação desse vínculo permite uma qualidade no atendimento, pois o paciente deposita maior confiança no profissional. Ainda, está diretamente conectado à humanização da saúde, quando o profissional valoriza o paciente, tem respeito por suas origens e crenças, tem interesse por suas experiências e dedica-se a ele. O vínculo permite a continuidade do atendimento, aumentando a autonomia e corresponsabilização do paciente por sua saúde (BRASIL, 2012c). No Rio de Janeiro, um estudo em duas ESF demonstrou fragilidades no processo de criação do vínculo, pois orientavam os pacientes a procurar os serviços de urgência e emergência devido à resolutividade e rapidez do atendimento (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

No cenário hospitalar, em Minas Gerais, por causa da internação domiciliar dos RN ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, as puérperas possuem um nível de estresse muito alto (BORGES; AZEVEDO; MADEIRA, 2011). Conseqüentemente, aumenta a demanda por práticas integrativas e complementares de saúde, como métodos não biomédicos de interpretação/ação em saúde-doença, as quais auxiliam no alívio de sintomas psicológicos e físicos (BRASIL, 2015c). Essas são desenvolvidas pelo Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares do Hospital Sofia Feldman (NTIC/HSF), composto por enfermeiras, enfermeiras obstétricas e terapeutas. Pode-se citar o uso de esalda-pés, musicoterapia, aromaterapia, reflexologia, Qi Gong e memória sensório-perceptiva das plantas medicinais (BORGES; AZEVEDO; MADEIRA, 2011).

As puérperas trazem para os serviços de saúde as suas demandas e, em contrapartida, os principais cuidados reforçados a elas foram: o acompanhamento da loquiação, alteração em seu

estado de saúde, revisão na ferida operatória pós-cesariana, planejamento familiar, prevenção da infecção puerperal, aleitamento materno e intercorrências mamárias (SOUZA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; RODRIGUES; QUIRINO, 2012; WARREN *et al.*, 2015; TESFAHUN; WORKU; MAZENGIYA; KIFLE, 2014). Verificou-se, a partir dos estudos, que a atenção primária foi a mais acessada pelas puérperas (SOUZA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; RODRIGUES; QUIRINO, 2012; SANTOS *et al.*, 2016; YELLAND, 2016; MAHITI *et al.*, 2015; WARREN *et al.*, 2015; TESFAHUN; WORKU; MAZENGIYA; KIFLE, 2014) E o profissional que prestou maior assistência nesse período foi o enfermeiro (SOUZA *et al.*, 2012; OLIVEIRA; RODRIGUES; QUIRINO, 2012; YELLAND, 2016; WARREN *et al.*, 2015; TESFAHUN; WORKU; MAZENGIYA; KIFLE, 2014).

Uma estratégia para a promoção da saúde e prevenção de agravos é a educação em saúde. Ela auxilia na diminuição da insegurança e ansiedades presentes durante o período gravídico-puerperal e pode ser realizado por meio de atividades grupais cujo objetivo é o compartilhamento de saberes e informações com outras usuárias. As orientações prestadas pelos profissionais de saúde devem partir dos saberes populares que as mulheres trazem consigo, visando uma melhor compreensão, como também, o impacto dessa ação na saúde das puérperas e RN (BRASIL, 2012c).

Outras possibilidades são as atividades grupais e podem ser salas de espera, grupos de gestantes, grupos de puérperas e grupos de casais. Puérperas no Ceará identificaram essa prática como de grande importância para melhorar a atenção à sua saúde e também foi mencionado no estudo que o respeito dos profissionais para com elas e seus conhecimentos durante as discussões em grupos foram um facilitador do processo de aprendizagem (GUERREIRO *et al.*, 2014).

3.3.2 Demandas de puérperas aos serviços de saúde para o cuidado do recém-nascido

A principal demanda aos serviços de saúde para cuidados com o recém-nascido foi para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além da realização de imunizações, atendimento em casos de doença do recém-nascido e daquelas puérperas com dificuldade na amamentação. O acesso das puérperas aos serviços de saúde para atendimento do RN teve predomínio nas unidades de saúde, durante o período do puerpério e tardio. E o acesso aos serviços de saúde e o período do puerpério foram iguais para os cuidados de si e do RN.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foi desenvolvido em visitas domiciliares realizadas por enfermeiras e agentes comunitários de saúde, em que foram

prestadas orientações acerca de imunizações, cuidado com coto umbilical, higiene corporal, testes de triagem neonatal (teste do pezinho) e amamentação (OLIVEIRA; RODRIGUES; QUIRINO, 2012; SANTOS *et al.*, 2016), sendo que para RN com baixo peso ao nascer foram realizadas visitas pelo médico e enfermeiro com maior frequência na Austrália (YELLAND, 2016). Esse acompanhamento se denomina Puericultura e essas consultas comumente realizadas nas unidades de saúde podem ser desenvolvidas, periodicamente, pelo médico ou enfermeiro. Elas também têm por objetivos monitorar e avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, supervisionar o calendário vacinal, orientar e apoiar o aleitamento materno exclusivo, explicar sobre a introdução alimentar saudável e a prevenção de doenças comuns da infância (VIEIRA *et al.*, 2012).

Na visão de enfermeiros no Paraná, na consulta de puericultura, os principais temas abordados foram aleitamento materno e alimentação complementar. Ressalta-se a importância da promoção da saúde da criança a partir da educação em saúde, em que se abordam temas acerca das doenças prevalentes da infância, prevenção de acidentes e violência contra a criança (VIEIRA *et al.*, 2012).

As VDs constituem um espaço para atenção à saúde da mulher e da criança, pois possibilitam ao enfermeiro a identificação dos riscos no domicílio, conhecimento das necessidades de saúde, realidades de vida e situações de vulnerabilidade. Assim, possibilita a aproximação com o indivíduo e sua família e ajuda na compreensão das orientações para promoção de saúde do binômio mãe-filho, bem como a observação da interação da puérpera com o RN e com a família e a realização dos cuidados com RN (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015).

Uma pesquisa na África Oriental identificou que as puérperas estavam mais interessadas em acompanhar o crescimento do RN e acessar serviços de imunizações (MAHITI *et al.*, 2015). Na África do Sul, foram estudadas 12 unidades de saúde que realizavam o acompanhamento do recém-nascido, sendo que nenhuma delas possuía serviços completos de imunização e avaliação auditiva, nem local específico para avaliação dos RNs. Elas eram realizadas na sala de espera ou na sala de imunizações. Nesses serviços, foram prestados aos RNs os seguintes cuidados: imunizações, complemento de vitamina A, verificação do peso e orientações para alimentação infantil (HASKINS *et al.*, 2016).

Nesse mesmo estudo, o fluxo de atendimento das crianças expostas ao HIV era diferente das crianças não expostas. Era disponibilizado um profissional capacitado e local de atendimento com maior privacidade por causa de questões relacionadas à discriminação e ao preconceito (HASKINS *et al.*, 2016). As crianças expostas ao HIV por meio da TV necessitam

de acompanhamento conjunto nos serviços especializados para profilaxia de doenças e promoção da saúde, pois possuem demandas, fora os habituais, de puericultura. Isso acaba gerando uma dependência ainda maior de sua principal cuidadora, a mãe. Um estudo realizado em Vitória/ES identificou que de 101 crianças expostas ao HIV, 42 não retornaram aos serviços por motivos relacionados ao cuidador (MACEDO *et al.*, 2013). Isso demonstra a importância da mãe no processo saúde-doença dessas crianças.

As imunizações do RN foram o segundo principal motivo pelo retorno das puérperas aos serviços de saúde, sendo que três estudos em locais diferentes, Índia, Kênia e Etiópia, mostraram que elas somente procuravam os serviços quando o RN necessitava de imunizações (WARREN *et al.*, 2015; TESFAHUN; WORKU; MAZENGIYA; KIFLE, 2014; VIDLER, 2016). As imunizações são suma importância para a saúde infantil, pois atuam na prevenção e controle de doenças infecciosas. No sul do Brasil, uma pesquisa constatou que as mulheres, mães de crianças menores de 10 anos, compreendiam as imunizações como proteção e na ausência delas a vulnerabilidade da criança a doenças. Ainda nesse estudo, foi identificado que o horário de funcionamento das unidades de saúde dificultava a atualização do calendário vacinal da criança, devido ao horário de trabalho das mulheres (ANDRADE; LORENZINI; SILVA, 2014).

Outra forma de acesso aos serviços ocorria por adoecimento do RN após a alta hospitalar, em que as puérperas retornaram a procurar atendimento no hospital e o profissional médico era o mais acessado (LANDIM *et al.*, 2016), e alguns RN necessitavam de internação na UTI neonatal (BORGES; AZEVEDO; MADEIRA, 2011). Por vezes, a falta de profissional médico nas ESFs de Juazeiro/BA ocasionou uma peregrinação em busca de atendimento, com várias tentativas de acesso ao hospital para internação, além de uma subestimação do estado de saúde do RN pelos profissionais de saúde. A transferência para um hospital de referência que possuía UTI Neonatal deu-se de forma insatisfatória nesse mesmo estudo, pois ocorreu um desacerto quanto ao material apropriado para realização do transporte pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (LANDIM *et al.*, 2016).

Observa-se neste estudo desenvolvido em Juazeiro/BA, a fragilidade na rede de cuidados e, quanto à internação dos RNs na UTI Neonatal, os principais motivos foram: transtornos relacionados com a duração da gestação e crescimento fetal, transtornos respiratórios e cardiovasculares, tratamento de infecções e pneumonias. Além disso, os agravos que levaram as crianças ao óbito foram febre alta, aspiração de mecônio no parto, icterícia, otite e desnutrição (BORGES; AZEVEDO; MADEIRA, 2011; LANDIM *et al.*, 2016).

A dificuldade na amamentação foi outro fator responsável pela procura das puérperas aos enfermeiros nas unidades de saúde (VIDLER, 2016). Em Mato Grosso, um estudo

identificou um despreparo das puérperas ao conduzir a amamentação e dificuldades nesse processo, como mamilos invertidos ou planos, fissuras mamilares e mastites. A maioria das mulheres citou o leite fraco ou insuficiente como principal motivo para o desmame precoce. As puérperas, principalmente primíparas, possuíam sentimento de insegurança e frustração devido à carência de orientações durante o pré-natal e falta de apoio dos profissionais e familiares durante a adaptação a essa nova fase de vida. Por conta disso, as puérperas procuravam os serviços de saúde, mas verificou-se nesse estudo a banalização desses sentimentos delas pela equipe de saúde, dificultando o processo de aleitamento e, conseqüentemente, acarretando em desmame precoce (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A maioria das mulheres pós-parto procurou atendimento nos serviços de saúde principalmente para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunizações do RN. Entretanto, na seleção dos artigos, as demandas de puérperas evidenciaram uma vulnerabilidade programática coerente com cotidiano de atenção à saúde, visto que muitos serviços não oferecem assistência puerperal. Além disso, muitas mulheres não acharam importante buscar assistência e buscavam somente quanto havia alguma alteração em seu estado de saúde. As Unidades de Saúde foram os principais locais acessados, enfatizando a importância da APS nos cuidados e orientações para a população. Ressalta-se a fragilidade da rede de saúde e a dificuldade da continuidade e integralidade do cuidado.

O período de maior destaque no estudo foi o puerpério mediato, quando ocorre a reestruturação familiar, adaptação da criança a vida extrauterina e intercorrências obstétricas. Outro aspecto evidenciado foi o enfermeiro como o profissional que está à frente das unidades de saúde, realizando visitas domiciliares, as quais facilitam a criação do vínculo entre profissional-paciente. Dessa forma, os resultados do estudo indicam aos profissionais de saúde uma reflexão acerca da sua prática assistencial e criação de estratégias, como o fortalecimento das RAS e de atributos para além do acesso. Igualmente, são importantes a inclusão das demandas maternas e infantis na assistência e a responsabilização dos demais profissionais da saúde pelo cuidado com as puérperas.

3.4 SUPORTES SOCIAL ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV: TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Em virtude do aumento gradual de PVHIV e por se tratar de uma condição de cronicidade com especificidades de uma infecção transmissível, são necessárias novas estratégias de enfrentamento. Frente às várias situações de agravos da doença, evidencia-se a

importância de suporte social, pois esse influencia no modo de lidar com a doença por parte dos pacientes. Devido a isso, existe um expressivo interesse da área da saúde pelo estudo do referencial teórico de suporte social (MCDONALD, *et al.*, 2016; LANGENDORF *et al.*, 2013). Definiu o conceito de Suporte Social como sendo informação, falada ou não, e/ou assistência material e proteção oferecida por outras pessoas e/ou grupos, que conduz o indivíduo a acreditar que é amado, apreciado e integrante de uma rede social mútua. Dessa forma, o suporte social desempenha efeitos de proteção a situações de crise ou estresse e resulta em comportamentos positivos e nas adaptações em situações adversas (COBB, 1976). Observa-se na literatura uma divergência entre os autores, relacionada ao conceito de suporte social. Entretanto, existe um consenso de que o suporte social é multidimensional, de maneira que aspectos diferentes do suporte têm impactos diferentes nos indivíduos e/ou grupos (MARÔCO *et al.*, 2014).

Diante disto, identificou-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre este assunto, pois se nota cada vez mais a utilização de metodologias orientadas por referenciais teóricos das áreas humanas e sociais, sendo recursos aplicáveis no cuidado da enfermagem (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009). Os profissionais de saúde necessitam compreender a influência do suporte social na vida das PVHIV, o qual auxilia no enfrentamento da discriminação quanto à adesão às medidas de prevenção da transmissão do HIV. Neste sentido, pretende-se descrever as tendências da produção científica da enfermagem brasileira em relação à temática do suporte social às pessoas vivendo com HIV.

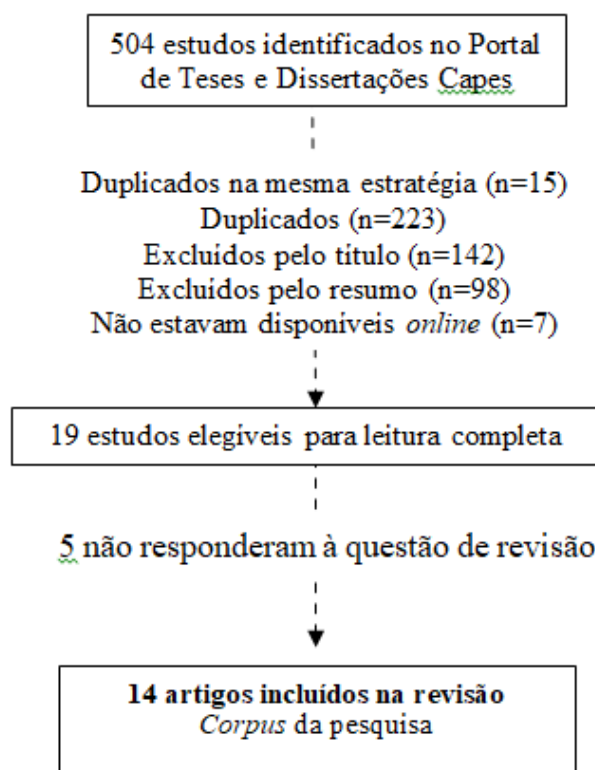
Este é um estudo de revisão narrativa, desenvolvido com o intuito de possibilitar um panorama geral do tema escolhido e produzir uma análise crítica dos autores sobre os dados apontados (LACERDA; COSTENARO, 2016). O estudo foi operacionalizado em seis etapas (MENDES; SILVEIRA, GALVÃO, 2008), na primeira etapa, delimitou-se a questão de revisão: “Quais são as tendências da produção de conhecimento de programas de pós-graduação da enfermagem brasileira sobre a temática suporte social às pessoas vivendo com HIV?”. Na segunda etapa, foi realizada a definição dos critérios de seleção e a busca na literatura. O levantamento das produções ocorreu em junho de 2017. Os critérios de inclusão foram: dissertação ou tese da área de concentração da Enfermagem e disponíveis na íntegra *online*. O critério de exclusão foi: não responder à questão de revisão.

A busca foi desenvolvida no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e foram utilizadas as palavras-chave: suporte social, apoio social e HIV. Empregando o operador booleano AND, essas palavras-chave foram combinadas em duas estratégias de busca: suporte social AND HIV e apoio social AND HIV. Também foi usado o item enfermagem nos seguintes filtros: área de conhecimento,

área de avaliação e nome do programa. Identificaram-se o total de 504 produções com as duas estratégias de busca.

Na terceira etapa, as produções identificadas foram pré-selecionadas por meio da leitura de título e resumo, além disso, quando encontradas em mais de uma versão (duplicados), foram considerados apenas uma vez. Optou-se por não utilizar recorte temporal pela restrição de estudos nessa temática. Após a realização dessa pré-seleção, totalizaram 19 produções que foram lidas na íntegra, excluindo-se as que não atenderam os critérios de seleção. Ao final, 14 estudos foram incluídos no *corpus* da pesquisa (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma de seleção da produção do conhecimento da enfermagem brasileira sobre suporte social às pessoas com HIV.



Fonte: Elaborada pela autora a partir do Banco de Teses e Dissertações, 2017.

Na quarta etapa, os estudos selecionados foram organizados em uma ficha de análise documental no Microsoft Excel® com os seguintes itens: ano de publicação, tipo de estudo (tese ou dissertação), instituição do programa de pós-graduação, tipo de abordagem, referencial teórico, tipo de estudo, cenário do estudo, população, técnica de coleta de dados, técnica de análise de dados e resultado das produções.

A quinta etapa se consistiu na verificação e interpretação dos resultados, os quais foram submetidos à análise temática e extraídas informações acerca da natureza (clínico-epidemiológica, sociocultural e política) e tendência das produções científicas (assistência, prevenção, proteção, vigilância epidemiológica). Foram utilizadas a partir do modelo de sistematização da produção acadêmica e científica adotada pela CAPES (Quadro 1).

Quadro 1 – Palavras-chave relacionadas à natureza da produção científica da enfermagem brasileira na temática suporte social às pessoas vivendo com HIV.

Natureza	Palavras-chave
Clínico-epidemiológica	Carga viral, infecção oportunista, confecção, sintomas, diagnóstico, tratamento, terapêutica, imunologia, adesão, prevalência, índice epidemiológico, epidemiologia;
Sociocultural	Relações, apoio social, legislação, direitos humanos, preconceito, discriminação, atitudes e práticas em saúde, conhecimentos, percepção, comportamento, enfrentamento;
Política	Avaliação de resultados, avaliação de programas e projetos em saúde, serviço de saúde, educação em saúde, promoção da saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na última etapa, organizou-se a revisão e síntese do conhecimento produzido acerca da natureza e tendências das produções científicas da enfermagem brasileira sobre o suporte social às pessoas vivendo com HIV. A caracterização das teses e dissertações será apresentada na forma de quadro. Nele, empregaram-se os códigos “P1”, “P2” até o “P14” para as produções incluídas. Os aspectos éticos e as ideias centrais de cada um dos autores foram respeitadas e mencionadas no texto. A caracterização dos estudos será apresentada no Quadro 2. Foram 14 dissertações e teses incluídas no amostrado estudo.

Quadro 2 – Dissertações e Teses que compõe o *corpus* do estudo de revisão narrativa.

Código	Tipo	Título	IES	Defesa	Participantes	Resultado
P1	D*	(Re)Construindo a experiência de mulheres com HIV/aids no grupo de apoio do CRASE, em Governador Valadares, MG	UFMG	2005	Mulheres vivendo com HIV, na faixa etária acima de 35 anos.	Compreensão, aceitação e enfrentamento da doença.
P2	D	A relação entre suporte social e autoeficácia em adultos submetidos à terapia antirretroviral	UFMS	2014	Adultos em tratamento antirretroviral.	Autoeficácia e adesão ao tratamento antirretroviral.
P3	T	Influência do suporte social sobre parâmetros de saúde	UFC	2014	Adultos em tratamento antirretroviral há	Adesão ao tratamento antirretroviral

		de pessoas vivendo com HIV/aids			mais de três meses.	e qualidade de vida.
P4	D	Narrativas de gestantes que vivem com o HIV/aids: contribuições para o cuidar em enfermagem	UFPI	2014	Gestantes vivendo com HIV em acompanhamento pré-natal.	Enfrentamento da doença e prevenção da transmissão vertical do HIV.
P5	D	Cuidar da criança exposta ao vírus da imunodeficiência humana: uma trajetória de apreensão	UFSCAR	2014	Mães, pais e cuidadores de crianças expostas ao HIV.	Fragilidade na rede de apoio social devido ao estigma de viver com HIV e a descontinuidade do cuidado.
P6	D	Aspectos psicossociais na adesão ao tratamento de pessoas com HIV/aids: o uso do genograma para o conhecimento da rede familiar	UFMG	2011	Adultos em tratamento antirretroviral acompanhados pelo SAE.	Fragilidade na rede familiar influenciando na adesão ao tratamento e revelação do diagnóstico.
P7	T	Distribuição espacial e determinantes sociais de saúde na população com aids do Ceará	UFC	2013	Indivíduos com aids, faixa etária acima de 13 anos.	Acompanhamento de saúde e o acesso ao tratamento antirretroviral prejudicado.
P8	D	Estratégias de enfrentamento de pessoas vivendo com aids frente à situação da doença	UFRN	2014	Adultos em tratamento antirretroviral.	Enfrentamento da doença.
P9	T	Avaliação prospectiva de parâmetros de saúde importadores do HIV durante consulta de enfermagem	UFC	2010	Adultos em tratamento antirretroviral.	Enfrentamento da doença, relações familiares, adesão ao tratamento antirretroviral.
P10	D	Suporte social e adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que vivem com HIV/aids	UFSM	2014	Adultos em tratamento antirretroviral.	Adesão ao tratamento antirretroviral e estratégias de cuidado.

P11	D	Religiosidade, adesão e qualidade de vida em pessoas com HIV/aids em terapia antirretroviral	UFC	2012	Adultos em tratamento antirretroviral.	Enfrentamento da doença e relações sociais.
P12	D	Disponibilidade e satisfação com o suporte social às pessoas com aids	UFSM	2012	Adultos em tratamento antirretroviral.	Adesão ao tratamento antirretroviral e relações familiares.
P13	T	Adesão ao tratamento dos adultos jovens com HIV/aids em um serviço de assistência especializada	UFSC	2016	Adultos jovens vivendo com HIV.	Descoberta do diagnóstico, adesão ao tratamento antirretroviral, enfrentamento da doença e relações familiares.
P14	D	Convivendo com a aids e seu tratamento: experiência de portadores e familiares.	UEM	2007	Adultos em tratamento antirretroviral.	Adesão ao tratamento antirretroviral e relações sociais.

*D- dissertação; T- tese.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao tipo de produção, dez eram dissertações e quatro eram teses, esse dado representa a atual expansão dos programas de pós-graduação em enfermagem no país, principalmente em nível de doutorado. Quanto à procedência, constatou-se um número expressivo de produções nos Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC), três teses e uma dissertação, e no Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal Santa Maria (UFSM), três dissertações. Esse dado pode ser compreendido pelo fato desses locais possuírem Grupos de Pesquisa (GP) liderados por pesquisadores que se dedicam a estudar essa temática. O GP-Núcleo de Estudos em HIV/Aids e Doenças Associadas está vinculado à UFC e liderado pelas pesquisadoras: Marli Teresinha Gimenez Galvão e Gilmaria Holanda da Cunha. E o GP-PEFAS está vinculado à UFSM e liderado pelas pesquisadoras: Cristiane Cardoso de Paula e Stela Maris de Mello Padoin. A maior parte das pesquisas foi desenvolvida com adultos/jovens em tratamento antirretroviral (doze produções), além de gestantes (uma produção), mães, pais e cuidadores de crianças expostas ao HIV (uma produção). Justifica-se esse resultado pelo difícil acesso a essa população e pelas questões

sociais que envolvem a epidemia do HIV, as quais são encontradas principalmente nos serviços de saúde especializados.

As produções também foram caracterizadas quanto às correntes de pensamento. Delas, oito produções (SANTOS, 2014; CUNHA, 2014; PAIVA, 2103; SILVA, 2014a; CARVALHO, 2010; MARCHI, 2014; FIUZA, 2012; DURGANTE, 2012) foram interpretadas como pertencentes à corrente do positivismo, podendo ser explicado pela utilização de instrumentos que quantificam a percepção e satisfação em relação ao suporte social. Na corrente positivista, não interessa a causa dos fenômenos, mas se constitui da objetividade científica, ou seja, o conhecimento é aquilo que pode ser verificado empiricamente (TRIVIÑOS, 1987).

A corrente interpretativa é identificada em estudos de abordagem qualitativa e enfatiza os processos interpretativos e cognitivos à vida social (LOWENBERG, 1993). Observou-se esta corrente de pensamento em três dissertações, por meio da utilização da etnográfica (MOURA, 2005), e em dois estudos caracterizados como exploratório e descritivo, o interacionismo simbólico foi aplicado como referencial teórico (ALVARENGA, 2014; SANTOS, 2011).

O materialismo histórico dialético são pesquisas com aspectos não apenas pessoais, mas ambientais, sociais, econômicos e organizacionais, deixando clara a concepção materialista. Ainda, evidencia-se a concepção materialista, a qual atribui ao ser humano o poder de determinação de sua história e seu destino (TRIVIÑOS, 1987). Constatou-se esta corrente em duas dissertações (SILVA, 2014b; SILVA, 2007), caracterizadas como estudos exploratórios e descritivos. Também se identificou um estudo de abordagem mista (COSTA, 2016), o qual articulou a corrente positivas com a interpretativista, com a utilização de um estudo transversal associado à teoria fundamentada nos dados (TFD).

Após a análise e interpretação, os estudos foram classificados quanto à natureza e tendência das produções científicas (Quadro 3).

Quadro 3 – Natureza e tendência das produções científicas que compõe o *corpus* da revisão narrativa.

Natureza	Produções científicas
Clínico-epidemiológica	Tratamento P1, P2, P3, P5, P7, P8, P12, P13 Adesão ao tratamento P1, P2, P3, P4, P6, P9, P10, P12, P13, P14 Redução de sintomas P2, P2, P10 Carga viral P3, P12 Revelação diagnóstico P4, P5, P6, P9, P12, P13, P14
Sociocultural	Relações P1, P3, P7, P10, P14 Suporte/apoio social P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P12, P13, P14 Discriminação P1, P4, P5, P9, P14

	Percepção P1, P4 Enfrentamento da doença P4, P6, P7, P9, P10, P11, P12, P13, P14 Preconceito P5, P6, P11
Política	Educação em saúde P1, P4, P10, P13 Promoção de saúde P1, P4, P10, P13 Avaliação de resultados P3
Tendências	Produção científica
Assistência	Assistência de saúde P1, P4, P8, P10, P12, P13, P14 Tratamento P1, P2, P3, P7, P12, P13 Adesão ao tratamento P1, P2, P6, P8, P9, P10, P12, P13, P14 Revelação diagnóstico P4, P6, P9, P13, P14
Prevenção	Educação em saúde P1, P10, P13 Promoção de saúde P1, P10, P13, P14 Prevenção da transmissão vertical do HIV P4

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise dos dados mostrou que as tendências das dissertações e teses apontaram para assistência, principalmente temas sobre implicações na adesão ao tratamento antirretroviral; e prevenção com temas sobre as estratégias para o enfrentamento da doença.

Quanto à assistência, os dados mostram a rede de suporte social das pessoas vivendo com HIV fragilizada. Em muitos casos, por medo de sofrerem com as questões sociais que envolvem a epidemia do HIV, não é realizada a revelação do diagnóstico aos familiares e/ou amigos, conseqüentemente, ocorre uma restrição de suporte social. Também, verificaram-se interações familiares conflituosas, levando ao afastamento de pessoas que poderiam prover apoio. Esses pacientes não contavam com suporte social ou só o tinham em momentos de piora de seu estado de saúde. Eles possuem dificuldades na aceitação do diagnóstico e na realização do tratamento. No entanto, os pacientes classificados como aderentes ao tratamento antirretroviral possuem uma rede familiar mais estruturada com referência de suporte social por aqueles familiares que tinham conhecimento do diagnóstico (ALVARENGA, 2014; SANTOS, 2011).

Lidar com eventos estressantes, como o advento de uma doença crônica, é especialmente difícil quando o indivíduo se sente isolado socialmente. Dessa forma, o suporte social, quando fornecido adequadamente e percebido como satisfatório, pode favorecer a adaptação e o ajuste do paciente à enfermidade. Também afeta positivamente os sistemas biológicos, comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico dos indivíduos. Assim, minimiza-se os aspectos negativos da doença, facilitando o restabelecimento da saúde do paciente e catalisando o processo de reabilitação. Portanto, as redes sociais de apoio, a soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe como significativas em um universo relacional, representam importantes recursos no cuidado integral à saúde (LAVEZZO et al, 2019).

O suporte social satisfatório melhorou a qualidade de vida no domínio e nível de independência, além de reduzir os linfócitos T CD4+ e a carga viral. Também serve como uma barreira de proteção para a manutenção de níveis elevados de autoeficácia, conseqüentemente, melhora à adesão ao tratamento e a sobrevivência (SANTOS, 2014; CUNHA, 2014). Outra forma de apoio identificada na superação de episódios de depressão foi por meio da religião. Nessa perspectiva, as pessoas declararam fortes laços com as instituições religiosas e sua relação com Deus como a principal motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento (FIUZA, 2012; SILVA, 2007).

É evidenciado maior percepção do suporte social do tipo emocional e a principal fonte são os familiares. Observou-se uma dificuldade na identificação das ações de apoio no cotidiano por parte das pessoas vivendo com HIV. Desse modo, quando recebia apoio em situações concretas que facilitavam o tratamento de saúde, sentiam-se valorizados como pessoas e possuíam médias mais altas nos escores de suporte social (PAIVA, 2013; CARVALHO, 2010; MARCHI, 2014; DURGANTE, 2012).

Embora o Brasil disponha de políticas públicas específicas para prevenção e controle da aids e para o suporte de pessoas vivendo com HIV, as redes de atenção social, ONGs e SAE ainda continuam centradas nas grandes metrópoles. Dessa maneira, o acompanhamento e o acesso ao tratamento antirretroviral ficam prejudicados, levando a descontinuidade dos cuidados em saúde (SILVA, 2014a).

Quanto à prevenção, destacam-se como medidas de aceitação e enfrentamento da doença os grupos de apoio, os quais oferecerem ajuda significativa para adesão ao tratamento, compreensão e reflexão em relação à condição crônica. Isso resultou em um aumento na autoestima, diminuiu o isolamento, trouxe esperança e melhorou a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (MOURA, 2005).

Ainda, o apoio social foi destacado pelos adultos jovens e consideraram necessário desde o início do tratamento. Isso ressalta a importância do apoio da família para o enfrentamento do HIV e a adesão ao tratamento antirretroviral. Eles também consideraram como suporte social as consultas médicas, a educação em saúde, o acolhimento e a formação de grupos (COSTA, 2016). Além disso, outra estratégia utilizada como intervenções foram as consultas de enfermagem. Essas indicaram melhoria significativa nos níveis de suporte emocional e instrumental ao final do estudo (CARVALHO, 2010). Depreende-se a importância da análise da produção científica da enfermagem brasileira ao contribuir com conhecimentos teóricos e inferências importantes para a reflexão acerca do suporte social às pessoas vivendo com HIV. Indica-se que os profissionais de enfermagem procurem conhecer quais são as redes suporte

sociais a fim de incluir em seu planejamento assistencial. Isso se justifica pela grande repercussão na adesão ao tratamento antirretroviral e na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. Além disso, é possível fortalecer as estratégias de enfrentamento, bem como traçar novos caminhos. Reconhece-se como limitação desta revisão a não aplicação, na fase de seleção dos estudos primários, de um instrumento de avaliação metodológica, a exemplo daqueles largamente utilizados em revisão sistemática. Outra opção foi não determinar inclusão restrita a um delineamento de pesquisa, todavia, isso implica na dificuldade de comparar estudos primários com diferenças nas populações, intervenções, variáveis ou desfechos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O estudo em tela possui como sustentação teórica e metodológica o referencial de Rede Social proposto por Lia Sanicola (SANICOLA, 2015).

4.1 REDE SOCIAL PROPOSTA POR LIA SANICOLA

O termo *rede* pode assumir diferentes significados dependendo da percepção do indivíduo ou dos aspectos da realidade a serem representados. Ou seja, o conceito de rede não é unívoco e pode ser definido como sistemas conectados em uma malha de comunicação, em estratégias empregadas por indivíduos ou na “forma” das relações sociais. Ainda, a ideia de rede pode se referir ao suporte ou apoio dos membros da rede. (BOCCACIN, 2001; NÓBREGA, *et al.*, 2010).

Ao estudar a origem do conceito, Lia Sanicola (1995) apresenta que em 1954 o estudioso John Barnes, entre um dos pesquisadores do Rhodes-Livingstone Institute de Lusaka (África), utilizou esse conceito para descrever as relações informais de parentesco, vizinhança e amizade, não podia investigar utilizando o conceito das relações formais de trabalho. As redes sociais são estruturadas de acordo com as opções pessoais, não sendo fixas nem estáveis, podendo estabelecer e desfazer laços com outras pessoas sem obedecer a nenhuma limitação de caráter funcional (SANICOLA, 2015).

Com o tempo, o conceito de rede mostrou um grande valor operacional em muitas áreas do conhecimento. Na esfera das ciências humanas, o termo associa-se à finalidade social e é utilizado para interpretar a realidade social. Nesse sentido, outros estudos foram sendo desenvolvidos, se destacando os de Elisabeth Bott em 1957 sobre as variações do modelo de distribuição de tarefas dentro da família. Esse estudo classifica as diferentes densidades da *social network*, onde algumas famílias são representadas por rede de malhas, classificadas como apertadas ou alargadas. Já outro pesquisador J. Clyde Mitchell em 1969 fez uma distinção entre as *networks* das relações pessoais e a estrutura das relações organizadas. O termo *network analysis* transformou-se um recurso específico para estudos das relações interpessoais (SANICOLA, 2015).

No final da década de 1970, alguns pesquisadores da Universidade de Harvard, coordenados por H. White, dedicaram-se ao estudo da estrutura social, conduzindo investigações sobre laços estruturais das redes sociais. Por sua vez, os estudiosos M.S.

Granovetter e M. Grieco, desenvolveram pesquisas sobre o impacto das características da *network* interpessoal com o sistema de trabalho. Granovetter também realizou a divisão dos laços interpessoais em “fortes” e “fracos”. Mesmo chegando a conclusões diferentes, ambos os pesquisadores salientam o papel da família e dos laços pessoais no contexto de trabalho (SANICOLA, 2015).

Os estudos sobre as redes sociais permitiram elaborar um novo paradigma, útil à compreensão de um novo princípio de organização da sociedade que supera os tradicionais, segundo os quais laço social se estabelece graças a papéis instituídos e a função a estes correspondentes, ou em consequência de trocas entre sistema e subsistemas. (SANICOLA, 2015, p.27).

Torna-se importante distinguir suporte social de rede social, pois são conceitos interligados, mas possuem diferenças entre si: Compreende-se a rede social como uma teia de relações que conecta os diversos indivíduos que têm vínculos sociais, no qual o suporte social flui por meio desses vínculos. Portanto, o suporte encontra-se na dimensão pessoal, sendo composto por membros dessa rede, efetivamente importantes para as famílias (SANICOLA, 2015; PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

Percebe-se que alguns pesquisadores confundem essas definições, ou não estabeleçam diferenças entre ambas, partem do pressuposto que ter relações sociais equivale a obter suporte das mesmas, ou pressupõem independência dos conceitos (WELLMAN, 1981 apud HENLY, 1997). Observa-se uma variedade de concepções relacionadas ao suporte social, sua definição não é consensual entre os autores, como também, as subdivisões (ARAGÃO et al., 2009). O suporte social é multidimensional, de maneira que aspectos diferentes do suporte têm impactos diferentes nos indivíduos e/ou grupos (PAIS-RIBEIRO, 1999).

Em 1974, Caplan descreveu o termo “sistema de suporte”, abrangendo além do núcleo familiar, os serviços informais. Nessa perspectiva, são propostos três conjuntos de atividades proporcionadas pelo “sistema de suporte”: motivação de seus recursos psicológicos, permitindo a gestão de seus problemas emocionais, prestação de ajuda material e a orientação na resolução de situações específicas (SANICOLA, 2015, p. 31):

[...] o conceito de rede tornou-se operacional, como forma de intervenção, quando alguns operadores e estudiosos, ao encontrarem e reconhecem uma entidade relacional do tipo coletivo que não podia ser identificada nem com a família nem com o grupo, experimentaram e empregam esse conceito em sua ação e verificaram resultados positivos.

Diante da sua operacionalidade, ocorreu um expressivo interesse da área da saúde pelo estudo desse tema, especialmente em situações de agravos. As pesquisas de Cobb (1976) foram

pioneiras e apresentaram conceitos e relações do suporte social aplicado ao contexto da saúde, evidenciando o seu caráter protetor contra estresses e suas consequências para a saúde. Esse autor definiu o conceito de suporte social como sendo informação falada ou não, e/ou assistência material e proteção oferecida por outras pessoas e/ou grupos, conduzindo o indivíduo a acreditar que é amado, apreciado e integrante de uma rede social mútua. Dessa forma, desempenha efeitos de proteção em situações de crise ou estresse, resultando em comportamentos positivos e facilitando adaptações em situações adversas (COBB, 1976).

O suporte social é construído pela família, amigos, cônjuge, colegas de trabalho, vizinhos, até mesmo conhecidos tem participação no suporte social de um sujeito (DESOUZA; CERQUEIRA-SANTOS, 2012). Segundo Cobb (1976), a construção do suporte social inicia-se ainda no útero, passando pela infância com o apoio principalmente materno. À medida que a vida avança, conta-se com os demais membros da família, em seguida colegas de trabalho e comunidade. Quando o fim da vida se aproxima, é cultural que novamente o suporte seja prestado principalmente pelos membros da família. Evidencia-se em vários momentos do ciclo da vida e mesmo em fases de transição, o seu efeito protetor.

As redes sociais se diferem em duas grandes categorias: redes primárias e secundárias ou redes formais e informais. Cada uma admite diferentes subtipos e modalidades: As redes primárias são constituídas por laços de família, amizade, vizinhança e trabalho, onde circulam a reciprocidade e a confiança. A família constitui o nó central nas redes primárias, nela se aprende a viver em relação, e ela confere a cada sujeito identidade e sentimento de pertencimento. Três fatores levam a constituição das redes primárias: a história dos sujeitos, os encontros e acontecimentos ao longo da vida e os ciclos vitais. As redes sociais primárias constituem o polo cultural da realidade social, nesse âmbito são gerados os valores fundamentais para vida, e serão assumidos como referência para orientação e ação da pessoa na sociedade (SANICOLA, 2015).

As redes secundárias se subdividem em informais e formais. Desse modo, as redes secundárias formais são constituídas por três tipos de redes: as redes secundárias institucionais, de terceiro setor ou sem fins lucrativos, e as de mercado (SANICOLA, 2015). As redes secundárias institucionais são compostas pelo conjunto de instituições estatais que formam o sistema de bem-estar social (serviço social, de educação, de saúde, entre outros). Respalda-se no princípio da igualdade, sendo uma das principais características a cidadania. Como método, utilizam a redistribuição e a lei como meio. Essas redes fazem parte do sistema normativo e, em geral, constituem uma obrigação para realidade social (SANICOLA, 2015).

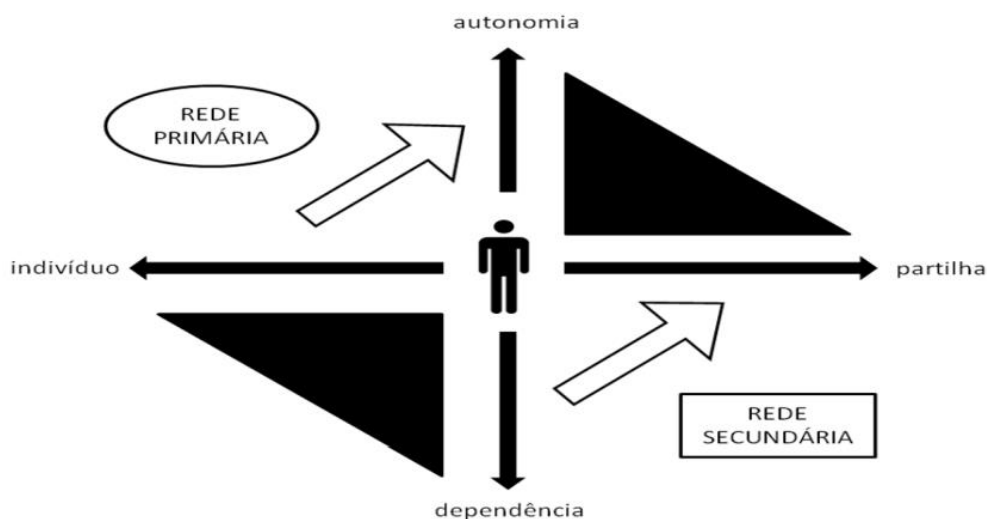
As redes de terceiro setor são organizações sem fins lucrativos (cooperativas sociais, associações de voluntários, fundações, etc). São entidades sociais que se apresentam como suplentes do Estado ou formas alternativas aos serviços já existentes. A proximidade com as necessidades da população e as realidades territoriais contribui no sistema de bem-estar social e na redução dos processos de burocratização. As redes de mercado pertencem à esfera econômica (empresas, estabelecimentos comerciais, atividades de profissionais liberais, etc). Esse tipo de rede não cria vínculos, a não ser em relação ao que se troca (SANICOLA, 2015).

Existe também as redes secundárias informais que são um desdobramento das redes sociais primárias. Elas são compostas por grupos informais de ajuda mútua e se estabelecem entre pessoas com necessidades imediatas. Em alguns casos, essas redes se desmancham quando a necessidade é eliminada ou, ao contrário, se estabilizam e adquirem uma forma mais estruturada (SANICOLA, 2015).

A pesquisa em tela será baseada na intervenção em rede com a perspectiva de ação social, em que o operador (pesquisador) nunca deve ser considerado alguém que deva agir “no lugar de”, tampouco um terapeuta ou militante, mas é aquela pessoa capaz de sustentar uma reflexão sobre as relações de rede. Para tanto, possui como finalidade compreender as dificuldades e problemas presentes, a riqueza de laços existentes e motivar a divisão de responsabilidades por meio de um movimento realizado na própria rede. Nas intervenções em rede, podemos observar dois movimentos: o que vai da dimensão pessoal para partilhada e o outro que vai da dimensão de dependência para a da autonomia (SANICOLA, 2015).

A proposta deste estudo é configurar a rede social de puérperas no contexto da epidemia do HIV, identificando e analisando quais elementos da rede primária e secundária prestaram apoio a essas puérperas. É importante verificar se algum desses membros atuou como operador de rede, facilitando ou promovendo os vínculos da puérpera com outros membros da rede. Nesse sentido, qualquer pessoa pode compartilhar essa responsabilidade, dividindo saberes e práticas e sendo considerado o operador de rede. Esse facilita processos que conduzem a demanda do usuário do individual para o coletivo e da dependência para a autonomia, como dois movimentos dialéticos, conforme a figura 4 (SANICOLA, 2015).

Figura 5 – A posição do operador de rede na dinâmica de ações na intervenção de rede.



Fonte: (SANICOLA, 2015).

Com a análise da rede social, torna-se possível identificar características principalmente a respeito da **estrutura, função e dinâmica**. Elas mostram a relação entre redes de natureza diversas. (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008; SILVA; TAVARES, 2015). Sanicola (2015) fala sobre a estrutura da rede e ela apresenta alguns fatores que permitem compreender a forma como as ligações se estabelecem no contexto relacional. Esses conjuntos de *laços, conexões, malhas e trocas* geram conexões que dão forma às redes, como ponto de confluência os *nós* da rede. A estrutura pode ser visualizada por meio de um instrumento cartão ou mapa de rede, que se constitui de vínculos e intercâmbios. O mapa de rede representa graficamente a maneira como a pessoa reconhece e percebe os diversos tipos de redes e os laços que se estabelecem entre elas e seus membros. Para explorar **a rede do ponto de vista estrutural**, alguns indicadores são sugeridos: amplitude (número de indivíduos com os quais a pessoa mantém um contato); densidade (interconexão entre as pessoas que fazem parte da rede); intensidade (equilíbrio do intercâmbio das relações); proximidade/distância física e afetiva; frequência (manifesta a sistematicidade); duração (SANICOLA, 2015).

A **dinâmica das redes** é constituída pelos movimentos que permitem circular informações, veicular forças internas, levar essas forças a confluírem nos pontos de maior carga e redistribuí-las. Na dinâmica, representada por meio de símbolos, a qualidade e a força dos laços permitem compreender o estado relacional das redes. Quando os mapas são traçados periodicamente, eles mostram as mudanças no decorrer do tempo e possibilitam avaliar o que aconteceu e como as redes se movimentaram.

Outra característica desempenhada pelas **redes são as funções** e são possíveis graças às propriedades conferidas pela estrutura. As funções podem ser resumidas no *apoio* e na *contenção*, justamente sua duplicidade, ou seja, as redes podem apoiar e ao mesmo tempo conter. Para verificar as funções da rede, o operador precisa observar quais são os meios de trocas predominantes (trocas de natureza emocional-afetiva, ou de natureza como normas ou o dinheiro); que tipo de suporte as redes são capazes de oferecer (material, informacional, afetivo, normativo); o grau de simetria (caracterizam-se pela reciprocidade ou são unidirecionais, ou são multidimensionais ou por um único tipo de suporte). O reconhecimento do tipo de suporte social determinada é o que cada rede oferece e é capaz de oferecer de modo espontâneo em uma situação específica, ou seja, o suporte potencial que as redes têm para oferecer. O operador precisar estar atento para verificar como as trocas são efetuadas para responder as necessidades, uma vez que é o *laço* que permite a solução do problema (SANICOLA, 2015). Assim, o estudo em tela busca pela descrição da estrutura da rede social de puérperas e as interações com sua rede permitiu a compreensão da dinâmica relacional na qual a mulher está inserida, considerando o contexto social da epidemia do HIV. Também, possibilitou a identificação das pessoas e recursos de que dispõe. Eles podem auxiliar no cuidado a sua saúde, seja no âmbito primário (família, parentes, vizinhos, amigos e colegas) ou secundário (órgãos de atenção saúde, assistência social, justiça entre outros).

5 MÉTODO

Neste capítulo são descritos o método, procedimentos e técnicas de coleta de dados a fim de alcançar os objetivos propostos em que foram utilizados os referenciais teóricos e metodológicos para construção da rede social descrita por Sanicola (2015). Este estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria – CEP/UFSM (APÊNDICE A).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Devido à complexidade e subjetividade das informações referentes às interações de puérperas no contexto social da epidemia do HIV com sua rede social, optou-se por uma abordagem de natureza qualitativa e analítica, relacionada aos significados atribuídos pelas pessoas e suas experiências ou vivências, além da maneira como compreendem o mundo (POPE; MAYS, 2008).

A pesquisa qualitativa se utiliza do estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões. Sendo resultado das interpretações das pessoas a respeito de como vivem, incluindo como se sentem e pensam. Esta abordagem é a ideal para investigação de grupos delimitados, pela descrição característica acerca de fenômenos e histórias sociais em dado tempo e circunstância sob a ótica dos próprios sujeitos (MINAYO, 2014). Desse modo, permitiu entender as relações, vínculos sociais e as interações dos membros da rede social numa perspectiva de investigação dos mapas de rede social construídos juntamente com as participantes, como perspectiva para o cuidado à sua saúde.

Também se identifica como método analítico pelo fato de buscar esclarecer uma associação entre determinada exposição, um efeito específico, como uma condição relacionada à saúde (MARTINS, et. al., 2014). No estudo em tela com a descrição e o conhecimento das redes sociais de puérperas, o apoio é recebido diante das suas necessidades de saúde no contexto social da epidemia do HIV. E também, pela proposta de analisar os tipos de apoio fornecidos pelos membros da rede social.

Esta investigação define como proposta descrever as categoriais recomendadas pelo referencial de Sanicola (2015), entre os elementos da rede social primária e secundária, com os operadores de rede social, os quais proporcionaram apoio às puérperas. Considera-se condizente a utilização deste referencial para o desenvolvimento do estudo, captando de forma

ampla e fidedigna as relações sociais, potencializando ações de investigação qualitativa e para inovação nos processos de intervenção em saúde. A apropriação deste referencial teórico e metodológico por enfermeiros possibilita um olhar abrangente sobre o contexto social vivenciado pelas pessoas, contribuindo no planejamento e na efetividade de ações no cotidiano profissional, no estudo em tela as puérperas no contexto social da epidemia do HIV e as interações com sua rede social (SANICOLA, 2015).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Maria, localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, considerada uma cidade de médio porte na região central do estado. O campo de coleta dos dados foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Esse é um hospital público, de nível terciário, vinculado ao SUS e administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essa é uma empresa pública associada ao Ministério da Educação e passou a ser a responsável pela gestão dos hospitais universitários federais. O referido hospital é um órgão integrante da UFSM, sendo assim, sua atuação é voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão. É considerado referência no atendimento de alta e média complexidade para gestantes e puérperas, assim como, referência no tratamento de pessoas vivendo com HIV para os municípios que fazem parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), totalizando 32 municípios de abrangência.

Durante o período gestacional, as mulheres vivendo com HIV realizam seu acompanhamento pré-natal no Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR/HUSM), concomitante ao pré-natal da atenção básica, e mantêm seu acompanhamento com o infectologista no Ambulatório de Doenças Infecciosas no HUSM ou na Casa Treze de Maio: serviço de assistência especializada com foco no atendimento de ISTs, HIV/aids e Hepatites Virais (B e C). No período puerperal, devem realizar seu retorno no AGAR para consulta, continuar com vínculo na APS e acompanhamento com infectologista, além dos cuidados e acompanhamentos do recém-nascido. Na APS, ele fará o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento na puericultura. Já no serviço especializado, fará o acompanhamento da exposição ao HIV.

Devido a ocorrência da pandemia de COVID-19 no Brasil, a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP/HUSM) restringiu de forma temporária a realização de coleta de dados nas dependências do hospital, sendo considerado uma medida para diminuir a circulação de pessoas e garantir a segurança no atendimento aos pacientes. Então, foi necessário o planejamento de

outro processo para captação das participantes do estudo. Portanto, quando realizado o convite às puérperas para participarem da pesquisa, foi informado que não poderíamos utilizar as dependências do HUSM para realização da entrevista. Apesar disso, poderíamos realizar a entrevista em uma sala na UFSM, agendada com antecedência para evitar qualquer tipo de aglomeração ou, se a participante preferisse, a pesquisadora poderia ir até a residência. Para tanto, das seis entrevistas realizadas, duas puérperas optaram pela realização da entrevista em uma sala da UFSM, as outras quatro entrevistas a pesquisadora se deslocou até a residência das puérperas. Salienta-se que três entrevistas foram agendadas na residência das puérperas, porém elas não se encontravam no local e horário combinado com a pesquisadora, portanto, foram suspensas.

Para desenvolver a coleta de dados, foram seguidas todas as recomendações preconizadas pelo MS em relação à prevenção da transmissão do vírus da COVID-19 durante a pandemia: foi questionado se a participante teve sintomas gripais ou se teve contato com alguma pessoa com resultado positivo para COVID-19, solicitado e orientado à participante o uso de máscara, além da necessidade de manter um distanciamento de pelo menos um metro entre as pessoas e sobre a necessidade da entrevista ser realizada em um ambiente arejado. Ainda, foi disponibilizado álcool gel 70%.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com puérperas vivendo com HIV ou quando somente o companheiro é soropositivo, considerando o contexto social da epidemia do HIV. Foram desenvolvidos critérios de inclusão e exclusão, apresentados a seguir.

Critérios de inclusão: puérperas em acompanhamento de saúde e que tiveram seu parto no HUSM; estar em um período igual ou superior a 30 dias após o parto, pois se acredita que nesse período de tempo a puérpera já vivenciou mudanças e procurou uma reorganização em suas relações. Isso vai ao encontro do objetivo deste estudo: como ocorre a relação das puérperas com os membros de sua rede social. Para o consentimento de participação na pesquisa, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) ou Termo de Assentimento (APÊNDICE C).

Critérios de exclusão: mulheres com dificuldade de expressão verbal, em regime carcerário fechado ou que referirem serviços particulares como fonte regular da atenção à saúde. Os critérios de descontinuidade do estudo foram: desistência da puérpera ou seu representante legal (pessoas com idade entre 15 a 18 anos incompletos) de participar da pesquisa após o início

da coleta de dados. Não houve necessidade de aplicação dos critérios de exclusão ou descontinuidade do estudo.

O número de entrevistas não foi predeterminado, esperava-se que o número de participantes permitisse à pesquisadora encontrar a lógica interna do seu objeto de estudo, bem como a resposta aos objetivos. Então, considerando a abordagem, não houve uma medida estabelecida *a priori* do número de participantes (MINAYO, 2017).

Para o recrutamento das participantes, foi elaborada uma lista com o nome completo, número do prontuário das puérperas e contato das mulheres a partir da sua vinculação ao serviço de saúde (HUSM). Essa lista foi solicitada para Farmácia de Terapia Antirretroviral, pois este setor é responsável pela dispensação de fórmula láctea infantil para as puérperas vivendo no contexto do HIV.

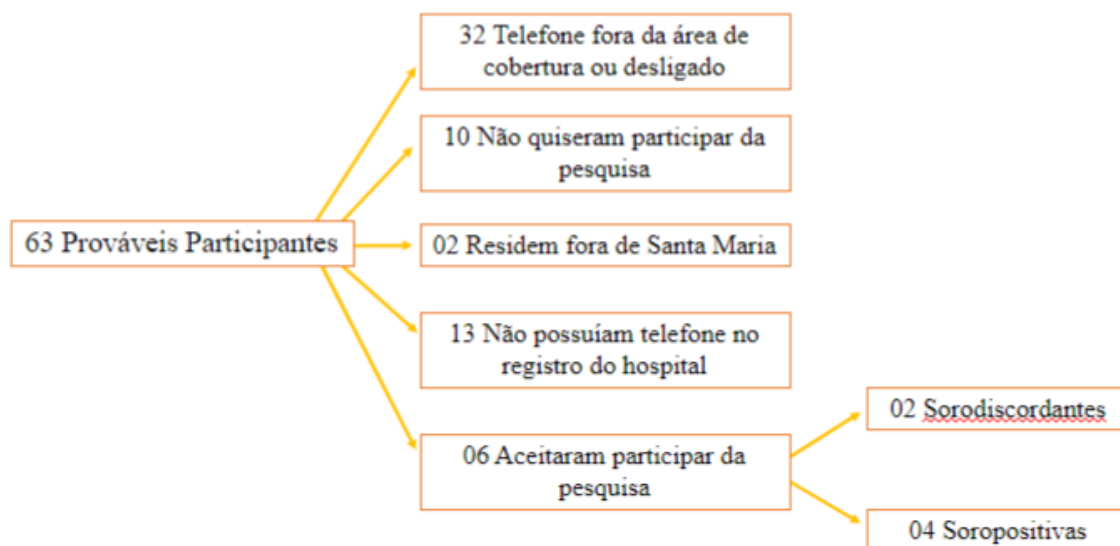
Inicialmente, a lista de prováveis participantes era composta por sessenta e três (63) puérperas vivendo no contexto do HIV. Essas mulheres tiveram seu parto no período de setembro de 2019 até novembro 2020. A listagem apresentava como item o telefone de contato das puérperas, o qual é disponibilizado pelos pacientes no sistema de cadastro do HUSM e, em muitos casos, não os mantiveram atualizados. Por esse motivo, não foi possível o contato com trinta e duas (32) prováveis participantes, pois se encontravam com o telefone fora de área de cobertura ou desligado. Outras treze (13) puérperas não possuíam número de telefone no registro do hospital. Tínhamos previsto no projeto de pesquisa que, caso não fosse possível contato telefônico com as prováveis participantes, a segunda tentativa de captação seria nos serviços de saúde, enquanto aguardavam seu atendimento no AGAR. Como já descrito, não tivemos autorização para realizar a coleta de dados nas dependências do HUSM.

Além disso, dez (10) puérperas não aceitaram participar da pesquisa. Elas não poderiam deslocar-se até UFSM e não aceitaram a presença da pesquisadora em suas residências, pois referiam medo de se expor por causa da pandemia de COVID 19. Outras duas (02) puérperas residiam fora de Santa Maria e não tinham previsão de estar na cidade. Em razão da pandemia, as consultas ambulatoriais no HUSM foram reduzidas. Portanto, ao final, foram entrevistadas seis (06) puérperas vivendo no contexto do HIV. Dentre elas, duas (02) era sorodiferentes e quatro (04) soropositivas.

Totalizamos a pesquisa com as seis (06) entrevistas que atenderam ao critério de saturação teórica dos dados, como também, pela dificuldade de acesso a essa população. Isso se justifica, primeiramente, devido ao seu diagnóstico causar medo e receio de para conversar sobre o assunto, ou seja, por ser uma população vulnerável socialmente. E também pelo

processo de produção dos dados acontecer durante uma pandemia. Assim, o cenário de coleta de dados e o medo das participantes de exposição ao novo vírus nos restringiram.

Figura 6 – Fluxograma das participantes da pesquisa.



Fonte: Elaborada pela autora.







5.4 PRODUÇÃO/COLETA DOS DADOS

A produção de dados ocorreu no período de setembro de 2020 a janeiro de 2021, após aprovação pelo CEP/UFSM (APÊNDICE A). A captação das participantes ocorreu de forma intencional, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo e da disponibilidade das participantes. A partir da lista de prováveis participantes do estudo, a pesquisadora realizou o convite inicial para a participação no estudo e explicação sobre os objetivos do estudo através de contato prévio por telefone. A partir da aceitação em participar da pesquisa, foi agendado um local e horário de acordo com a disponibilidade da puérpera.

Considerando os objetivos desta pesquisa, foi utilizado um instrumento semiestruturado e individual para a obtenção dos dados na entrevista, combinando perguntas objetivas e discursivas (APÊNDICE E). No primeiro momento, foram investigadas informações referentes à caracterização demográfica, econômica, social e clínicas das puérperas. Em seguida, após ter estabelecido uma interação e uma relação de confiança, iniciou-se a construção do mapa das redes primária e secundária. Foi solicitada a cada uma que auxiliasse a pesquisadora na confecção de um desenho, representando as pessoas e instituições que estiveram próximas ou distantes no período puerperal.

O primeiro passo metodológico para o desenvolvimento do mapa da rede social é a elaboração de um quadro ou lista de pessoas que podem prestar algum tipo de auxílio durante o puerpério. Depois, identificam-se os membros que compõem a rede social, os quais serão representados graficamente por figuras geométricas para facilitar o trabalho de abordagem, análise e interpretação. Essa representação gráfica permite visualizar as relações estabelecidas entre as redes primárias e secundárias e possibilita o reconhecimento da dimensão relacional (SANICOLA, 2015; SOARES, 2001).

Figura 7 – Representação geométrica dos tipos de rede social para construção do mapa de rede suporte social.

Figuras geométricas	Tipos de rede
	Redes primárias (trocas de reciprocidade) família, vizinhos, amigos, colegas/companheiros
	Redes secundárias formais (trocas de direitos) instituições de serviços sociais, sanitários, outros
	Redes secundárias informais (trocas de solidariedade)
	Redes secundárias do terceiro setor (trocas de solidariedade e de direito) - voluntariado organizado, cooperativas sociais - associações, fundações
	Redes secundárias de mercado (troca de dinheiro e de direito) - empresas, fábricas, negócios
	Redes secundárias com trocas de direito e de dinheiro - casa de saúde (recuperação)

Fonte: (SANICOLA, 2015).

O segundo passo se dá pela descrição do tipo de vínculo estabelecido entre os membros da rede. Para isso, utiliza-se um quadro com a representação gráfica dos tipos de vínculos. Nessa ocasião, foi apresentado um quadro com o modelo das figuras geométricas que representam os membros da sua rede (Figura 6), e outro com a representação gráfica do traçado correspondente ao tipo de vínculo estabelecido (Figura 7).

Figura 8 – Representação gráfica do tipo de vínculo na rede suporte social.

Representação gráfica	Tipos de vínculo
	normal
	forte
	frágil
	conflituoso
	interrompido
	ruptura, separação legal
	descontínuo
	ambivalente

Fonte: (SANICOLA, 2015).

Com autorização prévia dos participantes, os depoimentos foram gravados, por intermédio de um gravador digital (modelo MP3). Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, visando à fidedignidade das informações, e arquivadas por 5 (cinco) anos. Assim, o registro auxilia na preservação dos detalhes dos depoimentos das participantes, as quais foram identificadas pela utilização do sistema alfa numérico com a letra “P” relacionada à puérpera seguida da numeração aleatória.

Para a produção de dados, foram utilizados os passos referidos por Sanicola (2015) para descrição da rede social. Essa foi representada graficamente por um desenho do mapa da rede social, permitindo visualizar as relações que a participante mantém em rede primária e secundária. Com a elaboração do desenho, a participante conseguiu ter consciência de pertencimento a um contexto relacional. Após a conclusão do mapa da rede social, ocorreu a validação com a participante (SANICOLA, 2015; SOARES, 2001).

Para a compreensão das relações que as puérperas possuem com sua rede social primária e secundária, foram formuladas algumas questões orientadoras para auxiliar na construção desse mapa da rede social. Deste modo, foram realizadas perguntas referentes às pessoas que estão presentes em sua vida (parentes, amigos, vizinhos, colegas, pessoas de associações, das instituições ou do trabalho); o quanto essas pessoas estão próximas ou distantes; os tipos de vínculos e como se estabelecem em sua rede social.

Para elaboração do mapa, foi solicitado às puérperas a falarem sobre as pessoas e/ou instituições que conhecem e estiveram presentes em sua vida durante o período puerperal, como é seu relacionamento com essas pessoas e/ou instituições e se elas facilitam a realização do seu tratamento e/ou cuidado de saúde. Além disso, foi questionado sobre tipo de ajuda que recebia (material, afetivo ou informativo). De acordo com as respostas das puérperas no momento da entrevista, a pesquisadora elaborava o desenho do mapa de rede social, construindo os elementos das redes primárias e secundárias. Ao final, o mapa era mostrado às participantes, permitindo uma percepção dos elementos ativos em sua rede social e dos diferentes tipos de apoio que poderia obter para cuidado à sua saúde. O tempo médio de cada uma das entrevistas foi de cinquenta minutos.

Conforme os objetivos de estudos da rede social, a relação entre os elementos da rede pode ser gerada pela listagem de nomes com quem a pessoa está em contato regularmente ou de uma descrição do cotidiano da pessoa. O pesquisador estabelecer uma relação de confiança com a participante possibilita a identificação e exploração das redes com maior veracidade (SANICOLA, 2015).

Também, foram realizadas perguntas às puérperas para esclarecer informações qualitativas a respeito do seu relacionamento com os membros da rede social, bem como, os tipos de vínculos com cada um. Ainda, precisou-se de ajuda de alguém ou de alguma instituição para realização dos seus cuidados de saúde, com quem pôde contar e como esse membro da rede social colaborou e a auxiliou para manter seu acompanhamento de saúde.

5.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, a pesquisadora elaborou os mapas da rede social representados graficamente por um desenho individual, realizados durante as entrevistas juntamente com as puérperas. O mapa da rede social permite visualizar graficamente as relações mantidas pela puérpera através dos vínculos com os membros das redes primária e secundária. Para tanto, é um momento em que a puérpera toma consciência de pertencimento a um contexto relacional, podendo obter apoio dos integrantes da rede social (SOARES, 2002; SANICOLA, 2015). Os membros da rede social dessas puérperas foram identificados durante as primeiras perguntas da entrevista e nortearam seus vínculos com pessoas e instituições presentes em sua vida.

Posteriormente, a pesquisadora realizou uma descrição a respeito do mapa de rede social, explicando a amplitude, densidade, intensidade, proximidade física e frequência da rede social de cada uma das puérperas. Isso foi feito com o objetivo de compreender o significado

de cada uma das falas expostas pelas puérperas ao responderem às questões durante a elaboração do mapa da rede social. A pesquisadora, após a transcrição das entrevistas, realizou uma leitura exaustiva e repetitiva de cada um dos depoimentos. Isso possibilitou identificar o membro da rede que assumiu o papel de operador **natural na rede**. Ele atua na solução de problemas, contribui com intervenções resolutivas e na promoção de alternativas para apoio às puérperas (SANICOLA, 2015).

Os depoimentos obtidos foram analisados por meio da Análise Temática de Minayo (2014), a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido da comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado. Esta análise se apresenta em três etapas:

1) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas. Após selecionado o *corpus* a ser analisado, realiza-se leitura flutuantes do material, com propósito de organizar aspectos importantes às fases subsequentes da análise. Nesta etapa se conhece o contexto e fluem impressões.

2) A seleção das unidades de análise (ou unidades de significados): são recortes do texto, originados da mensagem explícita no texto, além de significados não aparentes no contexto.

3) O processo de categorização e subcategorização: é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero. Categorias são grandes enunciados de variados de temas, segundo seu grau de proximidade, que, por meio de sua análise, exprimem significados e elaborações importantes, possibilitando uma abordagem diferenciada dos temas propostos.

Nas entrevistas, as puérperas relataram a respeito de vivenciar o puerpério inseridas em um contexto de resposta social a epidemia do HIV, em que o preconceito e discriminação ainda estão presentes na sociedade, além das implicações e alterações em suas rotinas diárias durante a pandemia da COVID-19. Para tanto, a categoria temática foi: preconceito e discriminação no contexto social da epidemia do HIV e a pandemia do COVID-19 como potencializadores das fragilidades nas relações e dinâmica da rede social de puérperas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM (CEP-UFSM), de acordo com o Parecer 3.920.839 (APÊNDICE A). Foi assegurado o cumprimento das normas para a pesquisa com seres humanos, presentes na

Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

Foi garantido aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (APÊNDICE C) em caso de participantes menores de 18 anos, apresentados em duas vias, de igual teor, assinados pelo pesquisador responsável, pela pesquisadora e pelo participante, sendo uma cópia entregue ao participante da pesquisa e outra arquivada pela pesquisadora. Destaca-se que as participantes tinham mais de 18 anos, então o TALE não foi utilizado.

Não foram previstos gastos para as participantes, no entanto, não houve gastos, mas os mesmos seriam assumidos pelas pesquisadoras. As participantes foram esclarecidas, enfatizando os benefícios esperados com o estudo de forma indireta. Mas, a pesquisa gerou produção de conhecimento acerca da temática, auxiliando na qualificação da assistência, bem como, para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Os desconfortos ou riscos que poderiam acontecer, eram relacionados ao cansaço pelo tempo que envolve a conversa e/ou ao desconforto por lembrar algumas situações de sofrimento ou constrangimento originadas em vivências passadas. Por sorte, não houve desconfortos ao longo das entrevistas. A pesquisadora era qualificada para as ações que foram desenvolvidas no estudo e objetivou a redução dos possíveis danos.

Além disso, foi enfatizada a possibilidade de não aceitar participar ou de desistência da participação no estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Também, foi alertado sobre o direito da participante de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento por meio do contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da UFSM através dos contatos presentes no TCLE. Não existiram ocorrências de demanda de esclarecimento ao CEP.

Para tanto, foi assegurado um Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D), assinado pelos pesquisadores responsáveis da pesquisa, no qual se comprometeram com a confidencialidade, segurança e privacidade dos dados. As informações produzidas nesta pesquisa são confidenciais e podem ser divulgadas, apenas, através de publicações científicas, de forma anônima, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo dos dados e anonimato dos participantes. Os instrumentos de pesquisa e TCLE, a transcrição das entrevistas (em arquivo digital) e os TCLE serão guardados pela pesquisadora responsável no laboratório de pesquisa, por um período de cinco anos e depois serão destruídos.

6 RESULTADOS

Durante a análise das informações advindas dos depoimentos das puérperas, foi possível apresentar a descrição sociodemográfica e clínica das participantes do estudo. Essa ocorreu por meio das variáveis de idade, cor da pele (informação autorreferida), escolaridade, renda da mulher (em salários-mínimos), relação conjugal, número de filhos, diagnóstico de HIV, profilaxia para transmissão vertical do HIV, acompanhamento pré-natal, tipo de parto e acompanhamento puerperal. Com o propósito de facilitar a visualização desses dados, segue a apresentação de um quadro síntese.

Quadro 4 – Perfil Sociodemográfico e Clínico das participantes.

Puérperas	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Idade	25	24	23	28	22	25
Cor da Pele	Branca	Branca	Preta	Preta	Branca	Branca
Escolaridade	Ensino Superior Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Fundamental Completo
Renda (em salários-mínimos)	Um salário mínimo	Um salário mínimo	Um salário mínimo	Menos de um salário mínimo	Um salário mínimo	Um salário mínimo
Número de filhos	01	02	01	02	01	01
Situação Sorológica	Soroiguais	Sorodiferente	Sorodiferente	Soroigual	Sorodiferente	Soroigual
Profilaxia para TV	Sim	Sim	-	Sim	-	Sim
Acompanha-mento Pré-natal	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Tipo de Parto	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Cesárea	Vaginal
Acompanha-mento Puerperal	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao verificar a idade das puérperas entrevistadas, constatou-se a variação entre 22 a 28 anos. A cor da pele foi a informação autorreferida em que 04 (quatro) declararam-se brancas e 2 (duas) como pretas. Quanto à relação conjugal, todas referiram conviver com o companheiro. Quanto à escolaridade das puérperas, 01 (uma) declarou ter o Ensino Superior Incompleto, 02 (duas) Ensino Médio Completo, enquanto 01 (uma) das entrevistadas possui o Ensino Médio Incompleto, outra 01 (uma) possui Ensino Fundamental Completo e 01 (uma) Ensino Fundamental Incompleto. Todas as entrevistadas afirmaram possuir uma renda familiar em torno de um salário mínimo.

6.1 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DA ESTRUTURA, FUNÇÕES E DINÂMICAS DAS REDES SOCIAIS

Neste capítulo, será descrita a estrutura das redes sociais das puérperas, bem como as funções e dinâmicas desta rede, tendo em vista o contexto social da epidemia do HIV e ainda a situação contemporânea da condição sanitária imposta pela pandemia do COVID-19. Será apresentado, também, a identificação e caracterização dos elementos pertencentes à rede social das puérperas, permitindo identificar quais membros ajudaram ou apoiaram essas puérperas de maneira afetiva, emocional, material e informacional. Essas pessoas ajudaram as puérperas no seu acompanhamento e cuidados à sua saúde.

Segundo Sanicola (2015), o conceito de rede indica um “objeto”, nesse caso um mapa de rede social, formado por relações ligadas por pontos, cruzando-se, amarram-se e formam malhas de maior ou menor densidade. Nos pontos de ligação, entre os “nós”, acontecem as trocas, recíprocas ou não. Baseado neste referencial, ocorreram as entrevistas e construção dos mapas de rede social juntamente com as puérperas inseridas no contexto de resposta social a epidemia do HIV. Foi elaborada descrição de cada um dos mapas das seis puérperas entrevistadas, conforme referencial de Sanicola (2015).

A **estrutura da rede** se refere à descrição gráfica e características dos mapas de rede social das puérperas. Nesta sessão, será descrita a amplitude referente a quantas pessoas estão presentes no entorno da puérpera. A densidade se refere a quantas pessoas se conhecem nessa relação. A intensidade são as trocas que podem ser poucas, muitas, com ou sem equilíbrio no intercâmbio das relações. Além desses, tem ainda a proximidade e a distância afetiva e física

entre as pessoas, a frequência que manifesta a sistematicidade e, por fim, a duração em relação ao tempo (SANICOLA, 2015).

Ao final da apresentação da rede social de cada puérpera, será exposto a análise das **funções da rede primária e secundária**, a qual permitiu reconhecer o tipo de suporte recebido e os efeitos em tempos de pandemia. Além de mostrar os meios de trocas predominantes tanto de natureza afetiva, emocional, material e informativa. Esses se referem ao tipo de suporte material informacional, afetivo ou normativo. Possibilitam também analisar a carga de cuidados assumidos pela pessoa e se tem ajudantes naturais na sua rede (operadores **naturais**). Ainda, na **análise da dinâmica** das redes sociais das puérperas foi possível perceber a discriminação e preconceito permeando as relações, como exemplos têm-se as ilustrações que seguem.

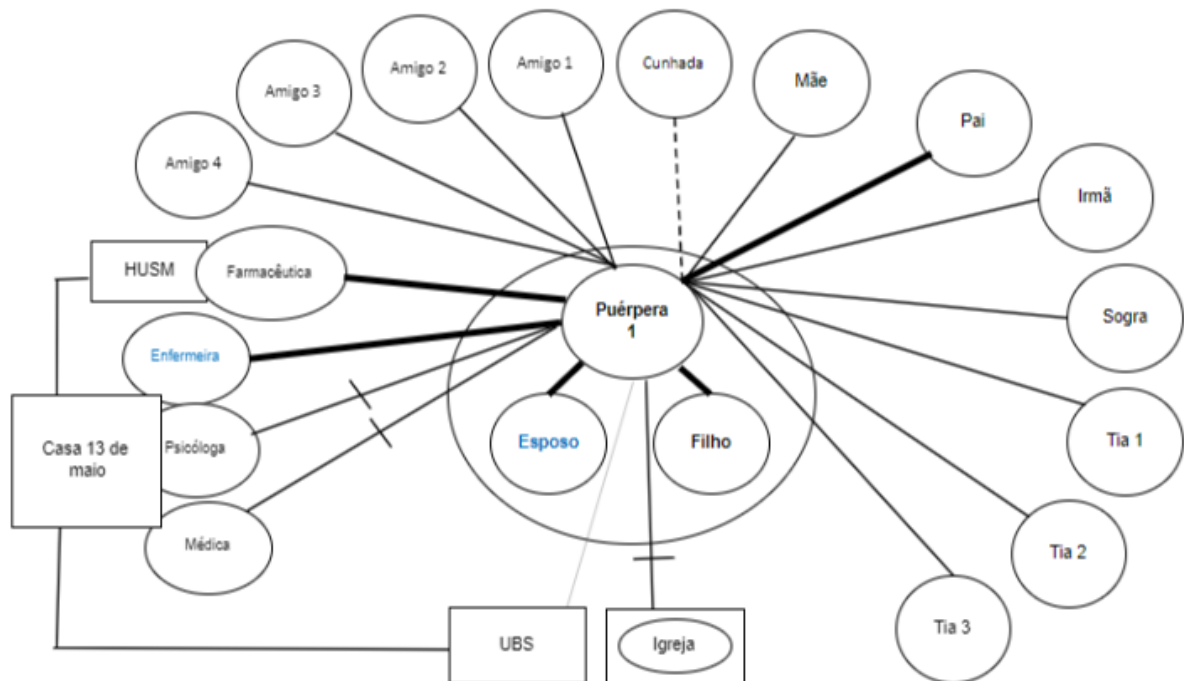
6.1.1 Rede social da Puérpera 1 (P1)

A P1 tem 25 anos, branca, como nível de escolaridade possui o Ensino Superior Incompleto. Tem 01 filho da atual relação e convive com seu companheiro. A família possui uma renda mensal de um salário mínimo (R\$ 1,045 reais). Ela se encontra empregada, mas sem carteira assinada.

Relatou que descobriu o diagnóstico do HIV antes da gestação, o modo de infecção do HIV foi por transmissão sexual e seu companheiro é soropositivo. Sobre seu tratamento para o HIV, conta que iniciou logo após a descoberta do diagnóstico, nunca o interrompeu e realizou a profilaxia para TV como recomendado.

Em relação ao período gravídico puerperal, realizou o acompanhamento pré-natal, com mais de seis consultas, não teve intercorrências obstétricas durante a gestação e parto, a via de parto foi vaginal. Recebeu orientações da recomendação de não amamentar e a utilização de fórmula láctea infantil como preconizado. Além disso, realizou consulta puerperal, recebendo orientações sobre os cuidados pós parto e métodos contraceptivos, optou pela colocação do dispositivo intrauterino (DIU). No momento da entrevista, na companhia da P1, foi elaborado o mapa da sua rede social, em que expressa seus vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 9 – Mapa social da Puérpera 1.



Fonte: Elaborada pela autora.

O mapa de rede social da P1 caracteriza-se por uma rede de média amplitude, composta por 20 (vinte) membros que praticamente não estabelecem relacionamentos entre si, o que caracteriza a baixa densidade da rede.

Na rede primária, estão presentes os familiares (esposo, filho, mãe, pai, imã, tias, sogra e cunhada). A puérpera relata vínculo forte com o esposo, seu filho e com o seu pai. Justifica o vínculo forte com esposo por ser a única pessoa que conhece seu diagnóstico, optou por não expor seu diagnóstico para o restante da família, como uma forma de protegê-los. Para tanto, seu esposo se tornou o principal apoio para realização de seu tratamento. Em relação ao seu pai, relata que possuía um vínculo forte, porém ele faleceu recentemente.

a gente já tá casado há três anos, [...] faz esse acompanhamento junto, a carga viral dele era bem mais alta que a minha, então a gente acompanhou, cada vez que diminuía a carga viral era uma comemoração. [...] a minha relação é muito forte, a gente tá nessa juntos...” [...] “...eu tinha uma abertura para conversar com ele (pai) muito grande, assim quando batia o desespero aquelas coisas que a gente tem as vezes...” (P1)

A entrevistada menciona que possui uma proximidade física com sua mãe, a mesma mora em um apartamento vizinho, no entanto considera seu vínculo como normal. Também

expressa um vínculo normal com a sogra, mesmo ela morando em outro município. Ainda como membro da família, afirma que possui vínculo normal com a irmã e com as tias. A P1 explica que devido a cunhada morar distante, no Norte do Brasil, considera seu vínculo descontínuo. No que diz respeito aos quatro amigos mencionados, ela declarou vínculo normal, porém foram muito importantes durante o processo de luto de seu pai.

Meus amigos específicos quando o pai faleceu porque daí o esposo ficou com o filho em casa, e eu não tinha coragem de ir no velório, e eles se fizeram presentes e foram minha sustentação nesta parte do luto. Porque tive que passar pelo luto e pelo puerpério na pandemia e aí minha cabeça ficou assim... (P1)

[...] e na pandemia tu não pode abraçar ninguém, eu queria ser abraçada, eu não podia visitar ninguém, eu queria visitar, queria ser visitada e aí não pode. Meu esposo vai no mercado, ele tem que entrar pelo fundo e tirar a roupa, tem que tomar banho para poder me abraçar... contei muito com esses amigos nesse momento, porque eu poderia ligar para eles a qualquer momento e conversar, eles fizeram presentes mesmo distante, e quando eu precisei estavam lá... (P1)

Devido à pandemia de COVID-19, não conseguiu estabelecer uma proximidade física com alguns integrantes da rede, mas considera o apoio fornecido por telefone fundamental. A pandemia é um fenômeno social e nele se manifestam várias dimensões (economia, saúde, educação, religião, legislação, moralidade, ciência, entre outras), em efeitos complexos. No caso das puérperas, que já sofrem com as mudanças físicas, emocionais e sociais, ocorreu um agravamento e foi necessário restringir suas redes sociais de forma presencial, podendo dificultar a reestruturação familiar.

A rede social secundária da P1 é pequena e composta por apenas de 04 (quatro) elementos: igreja, Unidade Básica de Saúde (UBS), Casa Treze de Maio e HUSM. Dentre esses, somente dois elementos realizam poucas trocas nas relações. Quanto à igreja, afirmou um vínculo rompido com a instituição, mas em razão da pandemia as cerimônias religiosas foram suspensas por um período. A puérpera relatou não possuir convivência com os outros membros fora da igreja, desta maneira, considera-se rompimento de laços.

[...] eu sou católica praticante, mas devia a pandemia eu não pude mais ir na igreja né, eu estava indo, sempre vou." (P1)

Em relação à UBS, expressou um vínculo frágil, pois peregrinou por três UBS procurando atendimento desde o início da gestação, alegavam que não estavam preparados para atender pessoas vivendo com HIV e a orientavam a procurar atendimento na Casa Treze de Maio. A P1 se sentiu desmotivada pelo atendimento, por isso realizou manifestações e reclamações para ouvidoria municipal. Também vivenciou preconceito durante a consulta

puerperal e de puericultura, nas quais não foram realizados exames físicos, somente orientações.

[...] ele (recém-nascido) nasceu em abril, aí eu cheguei lá (unidade básica de saúde) a médica não quis tirar a roupa dele, quando ela viu que ele era filho de uma mãe soropositiva...recém-nascido poderia ter uma infecção de coto por eu não ter filho, não ter essa experiência de mãe, aquela coisa poderia ter passado despercebida, não por desleixo, mas por não saber...fazia uns 20 dias que o (nome da Criança) tinha nascido, o gineco não me examinou, não pediu para eu tirar a roupa e ir na maca, ele só conversou comigo, assim me disse que eu estava apta a ter alta, assim ele não me olhou, isso desmotiva uma mãe...reclamei na ouvidoria e aí eu consegui voltar a ter atendimento no HUSM, aqui consegui colocar o DIU e tudo mais, ser examinada do jeito que tava tudo bem, fazer outro exame de sangue depois do parto ...” (P1)

Atualmente, está frequentando a UBS próxima a sua residência, após a equipe da Casa Treze de Maio realizar articulações e o encaminhamento da puérpera e do recém-nascido. Nesta UBS realiza a vacinação e o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil.

Por outro lado, como elementos especiais na rede secundária estão o HUSM e a Casa Treze de Maio, com a qual afirma ter um vínculo forte. Essas instituições a acompanham há 02 anos desde a descoberta do seu diagnóstico para o HIV. Os atendimentos ficaram, em um período, menos frequentes por causa da pandemia, a cada três meses ou quando necessitar. Relata que no HUSM possui um vínculo forte com a farmacêutica atuante na terapia antirretroviral. E durante o período gravídico puerperal, seu apoio foi fundamental, como por exemplo o esclarecimento de dúvidas sobre a utilização de medicação para inibição da lactação fisiológica imediatamente após o parto, a realização de tratamento medicamentoso pelo recém-nascido, dispensação de fórmula láctea infantil.

[...] na farmácia a (farmacêutica) me deu um apoio maravilhoso, o esclarecimento que ela te da, assim a segurança que ela passa como profissional e como pessoa, assim ela é um exemplo de profissional empático... (P1)

Na Casa 13 de Maio teve suporte de toda equipe, cita a enfermeira, psicóloga, secretária, médica infectologista e dentista, e menciona um vínculo forte em especial com a enfermeira. Descreve como uma assistência maravilhosa, profissionais preparados para atender essa população, com trabalho multiprofissional e realizam articulações com a atenção básica, na tentativa da P1 manter vínculo na UBS próxima sua residência.

Todo grupo de trabalho da Casa 13 presente sempre, contato pelo WhatsApp, eu precisava de algum medicamento, alguma coisa, sempre em contato...assistência muito boa, assim desde o início elas conversaram, assim tu não vai poder amamentar, tu já vai construindo na tua cabeça...(P1)

O trabalho deles (Casa 13 de Maio e HUSM) é maravilha, triste de quem não reconhece, o paciente que não valoriza... A assistência, elas conversam, elas te explicam, elas te mostram [...] Supriu meu apoio porque nenhuma dúvida ficou pra trás, assim nenhum momento eu fiquei desamparada, assim quando não era do alcance deles resolverem sempre davam um jeito, conheciam outra pessoa que trabalhavam em algum outro setor da rede saúde Santa Maria que poderia me ajudar. (P1)

Os elementos da rede secundária que estiveram mais envolvidos com essa mulher durante o período puerperal, auxiliando para manter o seu acompanhamento de saúde, foram o HUSM e a Casa Treze de Maio.

Quanto à relação e dinâmica da rede social da P1, foi possível verificar na rede primária poucas trocas entre os membros da rede e seu esposo é o operador naturais da rede, sendo a pessoa que colabora para que a puérpera realize seus cuidados de saúde e por ser o único membro da rede primária a conhecer o diagnóstico de P1.

Só o [companheiro] sabe [diagnóstico do HIV] porque primeiro de tudo, tenho medo da minha mãe ter um surto, então é pra proteger ela, nem é pra me proteger, foi pensando nela. Minha sogra também é uma senhora de idade que mora sozinha. Então fico pensando se eu contar pra ela, ela vai ficar botando coisa na cabeça, então não precisa saber nada, deixa assim. (P1)

Está sendo tranquilo [puerpério] porque o [nome do companheiro] é um pai presente ele dividiu tudo da criança comigo, troca fralda, faz mama, ele dá o banho, ele bota a roupa dele pra leva, ele estende a roupa, guarda a roupa, então assim do dia a dia. Por ser um pai presente eu não sofri tanto aquele abalo, o [nome da criança] foi uma criança muito tranquila ele dorme a noite inteira desde que nasceu. Estou passando por essa fase de puerpério mais tranquila porque minha rede é bem estruturada tenho a minha família presente. (P1)

A rede secundária consegue realizar intercâmbios nas relações, proporcionando uma qualidade na assistência e suporte prestado. Considera-se como os operadores da rede secundária, a farmacêutica (HUSM) e a Enfermeira (Casa 13 de Maio), quando suas ações contribuem para autonomia da puérpera diante das suas necessidades de saúde.

De onde é que vou tirar dinheiro para comprar [medicamentos] na pandemia? Não tinha dinheiro daí elas conseguiram, a [nome da farmacêutica] ligou para Porto Alegre, conseguiu liberação pra eu retirar aqui. Então assim é uma realmente é uma rede de pessoas capacitadas pra trabalhar com isso [pessoas vivendo com HIV]. Tive péssimos atendimentos em algumas unidades de saúde aqui em Santa Maria durante a gravidez, que se negaram a me atender quando viram que eu era que eu tinha diagnóstico de HIV. (P1)

Os elementos da rede primária forneceram suporte do tipo afetivo e emocional. Para P1, a rede secundária proporciona apoio informativo e material pela oferta de medicamentos, exames, fórmula láctea infantil, além do suporte emocional. Não ocorrem trocas entre a rede

primária e rede secundária porque a puérpera omite seu diagnóstico dos familiares e amigos, ou seja, eles desconhecem a existência da rede secundária. Mesmo não ocorrendo articulação entre as redes, a entrevistada não se sentiu desassistida ou sozinha durante o puerpério.

A P1 expressou em sua fala sobre seu sentimento de medo em relação à pandemia de COVID 19, gerou mudança na rotina familiar e na adaptação com o recém-nascido. Percebem-se poucas interações entre os membros da rede primária. A ruptura de laços com a instituição religiosa foram algumas das consequências do contexto da pandemia, como observa-se a seguir:

Devido à pandemia o meu puerpério foi confinado bem dizer, porque eu só saio pro essencial, eu não faço visita, tenho muito medo do vírus, tenho muito medo de levar pra casa. Não fiz o batizado, não fiz nada então meu vínculo com a igreja está interrompido pela pandemia. Com os amigos também ninguém foi lá em casa, não levei [nome do filho] na casa de ninguém, nós estamos assim bem distanciados, eles conhecem [nome do filho] por vídeo chamada. (P1)

A P1 descreve que durante a pandemia alguns serviços no HUSM foram suspensos temporariamente e os atendimentos de rotina realizados na Casa Treze de Maio foram agendados com períodos prolongados entre as consultas. Por esse motivo, precisou acessar duas unidades básicas de saúde, mas encontrou profissionais não capacitados e/ou atualizados para atender PVHIV. A P1 demonstra em suas falas o preconceito que vivenciou quando necessitou acessar a rede básica de saúde:

O atendimento da [unidade básica de saúde] é desmotivador pra uma pessoa que precisa de atendimento, que precisa de uma confiança com profissional. Assim como estou tendo contigo. Ele é desmotivador porque o mal atendimento começa na porta. A primeira consulta do [nome do filho] depois que ele saiu do hospital, foi encaminhado pra lá [unidade básica de saúde] porque o HUSM não estava atendendo, foi bem no forte da pandemia. (P1)

Uma mãe que está numa pandemia dentro de casa com filho e tem o medo de dois vírus: o vírus do coronavírus e do HIV. Por exemplo hoje fui pegar o CD4 [exame realizado pelo recém-nascido] só de ler aqui que está não detectado ganhei meu dia hoje, já ganhei meu dia só de ler isso aqui. Então, assim sinto falta de uma assistência psicológica como puérpera com HIV, porque a gente tem medo de passar pro filho. Mesmo eu sabendo que eu já não tinha como passar antes ainda tinha medo, até agora eu tinha medo enquanto não li esse papel não sosseguei. (P1)

Acredito que seja preconceito porque treinados todos [profissionais de saúde] são, se não, não estariam ali. É muito difícil conseguir um trabalho, passar num concurso público pra trabalhar na área da saúde. Profissional de saúde tem um monte por aí, mas, profissional qualificado é pouco, muito pouco, quem tem empatia que te olhe. Não te olhe com o diagnóstico, já faz uma cara estranha, daí tu já te senti horrível a pior pessoa do mundo. A pessoa não tem [HIV] porque ela escolheu ter, mas o profissional de saúde está aí pra conscientizar, pra pessoa não desistir do tratamento, eu sei que muita gente desiste do tratamento. Então o preconceito vem antes do profissionalismo em alguns casos. (P1)

Sabe sinto muita falta de pessoas esclarecidas desse assunto [HIV], a [nome da enfermeira e da farmacêutica], são a ponta do iceberg, em baixo delas tem infinitas técnicas em enfermagem que precisariam ter uma conversa assim. Não sei porque acham que quem tem HIV, tem porque usa droga, porque se prostitui, porque não tem família. Eu tenho uma família estruturada, eu tenho uma casa, tenho filho, tenho esposo, sabe família tradicional brasileira. Eu cheguei num posto de saúde, fui tentar colocar o DIU, falavam comigo como se eu fosse uma tia-tina que morava na rua sabe, eu disse gente o que que é isso, por favor seja no mínimo respeitosa comigo estou querendo um tratamento de saúde. Eu não estou te infectando por te dar um bom dia. (P1)

O comercial que faz a conscientização do HIV na televisão ele não explica como que é o tratamento, ele mostra sempre uma pessoa bonita, bem vestida, com um lacinho vermelho na mão. Mas ele não mostra que tu tem que dormir bem, comer bem, que o tratamento do HIV ele precisa ser muito humanizado pra que nunca tu descontinues ele, um dia que tu não toma o remédio tua carga viral já sobe, que tu pode namorar, tu pode casar, tive um filho tive um filho depois do meu diagnóstico sabe. Falta informar as pessoas muito, por isso que quanto mais pesquisas forem feitas sobre o assunto é pouco. (P1)

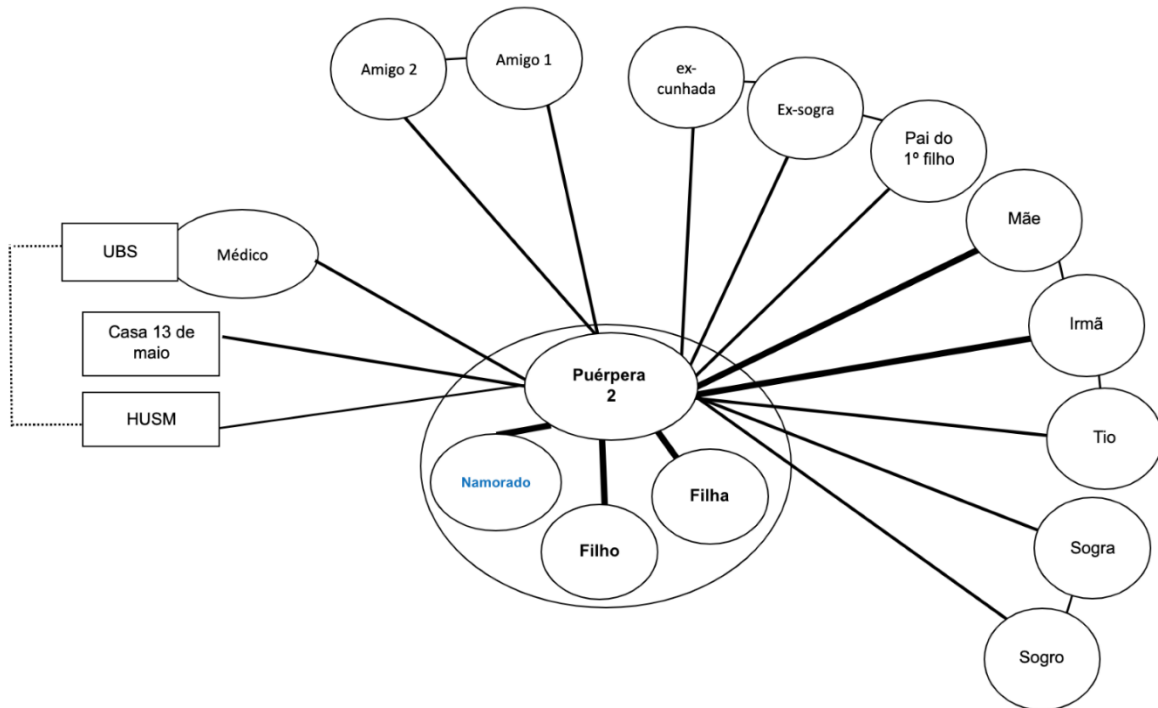
6.1.2 Rede social da Puérpera 2 (P2)

A P2 tem 24 anos, branca, como nível de escolaridade possui o Ensino Médio Completo. Tem 01 filha do relacionamento anterior, 01 filho da atual relação e convive com seu companheiro. Encontra-se desempregada, a família possui uma renda mensal próxima de um salário mínimo (R\$ 1,045 reais), que provém de programas sociais do Governo Federal. Relatou que a descoberta do seu diagnóstico do HIV foi durante a primeira gestação em 2014, seu modo de infecção do HIV foi por transmissão sexual. A P2 contou que seu ex-companheiro era soropositivo e seu atual companheiro sorodiferente. Iniciou tratamento para o HIV logo após a descoberta, porém por um período interrompeu tratamento, pois tinha muitos efeitos colaterais, dentre eles: tontura e mal-estar. Mas durante as duas gestações realizou a profilaxia da TV como recomendado.

No que diz respeito ao período gravídico puerperal, realizou o acompanhamento pré-natal, de quatro a seis consultas, relata que ocorreu rompimento da bolsa amniótica precocemente – Rupture com 28 semanas da gestação. Por esse motivo, ficou internada por um período de dois meses, recebendo avaliação materna e fetal. A conduta obstétrica foi indução do trabalho de parto, mas sem sucesso, então foi indicada cesariana com 34 semanas de gestação. Em razão da internação prolongada, desenvolveu ansiedade, pois ficou afastada do filho. Referiu que recebeu poucas informações sobre a impossibilidade de amamentar e como usar a fórmula láctea infantil. Por causa da pandemia, realizou consulta puerperal dois meses após o parto, recebendo orientações que considerou tardias, pois eram importantes para o puerpério imediato. Relata que está utilizando como método contraceptivo a pílula

contraceptiva oral. O mapa da sua rede social foi desenhado juntamente com a puérpera no momento da entrevista, em que se evidencia os vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 10 – Mapa social da Puérpera 2.



Fonte: Elaborada pela autora.

Ao conhecer o mapa de rede social da P2, explicita-se uma rede de média amplitude, composta por 16 (dezesseis) elementos que estabelecem poucos relacionamentos entre si, demonstrando uma baixa densidade.

Na rede primária, estão presentes aquelas pessoas que moram com ela: afirma um vínculo forte com o companheiro, filho mais velho e a filha mais nova. Afirma que o namorado esteve presente durante todo período de internação durante a gestação e puerpério. A entrevistada conta que no início do relacionamento não tinha revelado seu diagnóstico para o parceiro, com quem está junto há 03 anos. Depois de um tempo se sentiu segura para contar. Além disso, o sogro e sogra possuem uma proximidade física, moram no mesmo pátio, mas em casas separadas, ela refere vínculo normal com os mesmos. Foram eles que auxiliaram nos cuidados do filho mais velho durante sua internação. Ainda, esclarece que os sogros são os membros da rede primária que desconhecem seu diagnóstico para HIV.

[...] devido à internação principalmente, foi ele (namorado) que ficou lá (HUSM) o tempo todo (P2)

[...] ele porque ele (namorado) estava sempre, ele ia comigo (UTI neonatal), ele entrava lá e ficavam com ela, também em casa, também me ajudava (P2)

[...] é bem forte (vínculo), eu tive que contar né, porque ele (namorado) não sabia (diagnóstico) [...] foi difícil no início, sim no início foi um susto né para ele (namorado) (P2)

[...] meu sogro e minha sogra não (diagnóstico) [...] cabeça antiga (P2)

A P2 relata não tem muita proximidade física com mãe, pois ela mora em outro bairro da cidade, mas define sua relação como vínculo forte com a mãe e com a irmã. Também pode contar com um tio que esteve presente durante sua internação, declara um vínculo normal com ele.

[...] é forte, só que ela (mãe) mora longe, lá (bairro da cidade) ... (P2)

Ela (filha) não queria nascer, eu perdi muito sangue daí foi mais complicado, mas foi a minha mãe que ficou depois comigo, alguns dias [...], eu não fiz muito repouso, porque ela (filha) estava na UTI, então eu vim para casa, mas passava os dias lá no hospital... (P2)

Tenho uma irmã, ela me ajuda com as crianças, às vezes, quando eu preciso para ficar, nosso vínculo é forte. (P2)

Meu tio também quando eu estava no hospital ele me ajudou bastante, ele trabalha lá (HUSM) ficava mais fácil dele ficar comigo. (P2)

Com seu ex-companheiro, ex-cunhada e ex-sogra possui um vínculo normal, mantém um convívio cordial proporcionando uma boa relação do filho mais velho com as duas famílias.

[...] porque a gente se dá super bem por causa dele (filho). No início foi bem difícil, mas gora tá tudo bem. É tranquilo, não tem nada assim, não tem ciúmes, não tem briga..." (P2)

[...] todo mundo conversa e se dá, todo mundo bem [...] os aniversários são juntos [...] a irmã dele e a mãe dele são bem prestativas [...] se eu precisar, eu sei que vão ajudar..." (P2)

Quanto aos amigos fala que tem poucas amizades, contudo são pessoas presentes no seu dia-dia, considera seu vínculo normal. A P2 declara que não possui convivência com os vizinhos.

[...] eu tenho minhas amigas, assim, eu tenho duas amigas é bem pouco porque é só um casal de amigos meus que são padrinhos dele e dela, mas tem uma ligação boa. E são bem presentes para ela (filha)... (P2)

A P2 vivenciou o final da gestação e o puerpério imediato de maneira diferente, por causa da sua internação, tendo algumas restrições, e da pandemia. Para tanto, geraram muitos sentimentos negativos, desencadeando crises de ansiedade.

Ao se investigar a rede social secundária, apresenta-se de tamanho pequeno, composta por 03 (três) elementos, dentre eles: UBS, HUSM e Casa 13 de Maio. Declara um vínculo normal com a UBS, relata que foi bem atendida pela médica, mas expõe dificuldades para realização de exames e ultrassom durante a gestação. Além disso, sentiu falta de um acompanhamento psicológico durante o período gravídico e puerperal.

[...] só o básico, assim só o que tem ali no postinho e a maioria dos ultrassons eu fazia particular e só fiz um ali no HUSM [...] porque era ruim de marcar, daí eu fazia particular” (P2)

[...] daqui (UBS) eles me encaminharam (pré-natal alto risco – HUSM), mas antes eu fazia acompanhamento aqui, igual à doutora pediu, ela queria que eu acompanhasse aqui (UBS) também. Ela (médica) é professora lá no HUSM, daí quando ela não me via lá, me via aqui...” (P2)

[...] acho que psicólogo mais importante, acho que faz falta né, a gente não tem muito acesso né, então faz falta, é o que mais faz falta. Mas daqui (UBS) não tive (acompanhamento psicológico), foi mais difícil” (P2)

Também menciona vínculo normal com o HUSM, pelo seu relato, é possível perceber que houve um acolhimento e tratamento humanizado por parte da equipe de enfermagem durante sua internação. Por causa do tempo prolongado de internação, desenvolveu crise de ansiedade e em razão de ficar afastada do filho mais velho. A partir desse momento, teve acompanhamento psicológico até a alta da filha da UTI neonatal, o que considerou importante.

[...] na minha internação, as enfermeiras que me salvaram. Quando eu estava internada, tá louco, se não fosse elas eu ia enlouquecer [...] eu fiquei 48 dias até ela nascer internada, depois eu fiquei mais (puerpério), e daí mais uns 14 dias ela (filha) ficou na UTI...(P2)

[...] eu tive assistência psicológica no HUSM porque eu tive crise de ansiedade quando estava internada, e depois uma psicóloga quando ela (filha) estava internada os 14 dias de UTI [...] Sim isso que foi o pior (ficar afastada do filho), por isso que tive crise de ansiedade, por causa dele (filho) (P2)

A entrevistada menciona que faz 05 anos da descoberta do seu diagnóstico. Desde então faz acompanhamento com infectologista na Casa 13 de Maio, porém durante a gestação realizou uma consulta devido à pandemia de COVID 19. Em virtude disso, as consultas possuíam um intervalo maior. Também nos contou que interrompeu seu tratamento por um período de dois anos por causa dos efeitos colaterais dos medicamentos. A puérpera relata que não frequenta instituições religiosas e não possui vínculo com outras instituições.

Quanto à relação e dinâmica da rede social da P2, evidenciou-se uma articulação da sua rede primária na tentativa de auxiliá-la com as suas necessidades de saúde. Para tanto, alguns membros da rede primária cuidaram e acompanharam a puérpera no hospital (namorado, mãe

e tio), enquanto outros auxiliaram nos cuidados com o filho mais velho (sogro, sogra, irmã), já que essa era a maior preocupação da entrevistada. A rede primária não possui uma pessoa específica que se destaca como operador natural de rede, ocorre uma divisão de apoio e cuidados. A rede secundária da P2 não estabelece relações ou intercâmbios entre si (profissionais), somente a médica que trabalha em duas instituições acessadas pela P2, todavia não se observou trocas dela com outros profissionais.

[...] eu sempre fui de família pequena, e poucos amigos, e é isso aí que a gente tem...(P2)

Verifica-se que a P2 possui um apoio material e emocional, fornecidos pelo ex-companheiro e seus familiares para os cuidados e educação do filho mais velho. Os outros elementos que compõem a rede primária disponibilizavam ajuda nas atividades diárias e o tipo de suporte fornecido foi material, afetivo e emocional. Percebe-se que a rede secundária não realiza um movimento para autonomia da paciente, identifica-se uma dependência da puérpera e em alguns momentos fenômenos de descontinuidade e desgastes. A puérpera considerou que o tipo de suporte ofertado foi o informativo.

Observa-se que ocorrem benefícios para P2 quando as redes primária e secundária realizam trocas, porém não ocorrem de forma efetiva. Pode-se compreender que as restrições da pandemia geraram novas demandas aos serviços de saúde necessitando de reorganização. A P2 afirma que teve um suporte adequado da rede primária, principalmente durante sua internação, como também, nas atividades diárias e cuidado com o filho mais velho durante seu puerpério. Constatou-se que a rede secundária teve maior atuação durante o período de internação. Além disso, P2 ressaltou a necessidade de um acompanhamento psicológico durante o período gravídico puerperal, o que poderia ter ocorrido na atenção primária de saúde, por causa de vários fatores já mencionados.

A gente nunca tinha ficado tanto tempo longe [a puérpera e o filho mais velho] e aí ele [filho mais velho] ia me ver lá [hospital] uma ou duas vezes por semana. Depois quando veio a pandemia não pode mais [visitas foram suspensas devido pandemia] e daí eu sabia que ele teve febre, daí levaram ele lá para me ver, daí passou a febre. E daí depois era por causa dele, porque ela [filha] eu sabia que a gente tava ali, ela tava bem a gente estava controlando não tinha nada de errado, mas mais dele que eu tava sentindo.(P2)

[...] o auxílio psicológico que faz falta, por um todo assim mesmo que não tivesse essa função (diagnóstico do HIV) tem a gestação, trabalho tudo mexe ainda mais isso... (P2)

Só uns dois, três meses depois [do parto], eu marquei ginecologista no postinho [consulta puerperal], por causa da função da pandemia eles não estavam marcando, daí eu consegui bem depois. (P2)

A P2 necessitou do apoio da sua rede social em vários momentos, mas principalmente durante sua internação pelo trabalho de parto prematuro ocasionando no nascimento prematuro da filha. Ficou evidente nas falas de P2 que a impossibilidade de ver o filho mais velho pela restrição de visitas hospitalares durante a pandemia gerou crises de ansiedade. Em relação ao atendimento de saúde durante o puerpério, realizou consulta puerperal três meses após o nascimento da filha, um dos motivos foi a internação da recém-nascido na UTI e o contexto da pandemia, a qual restringiu atendimentos considerados de rotina.

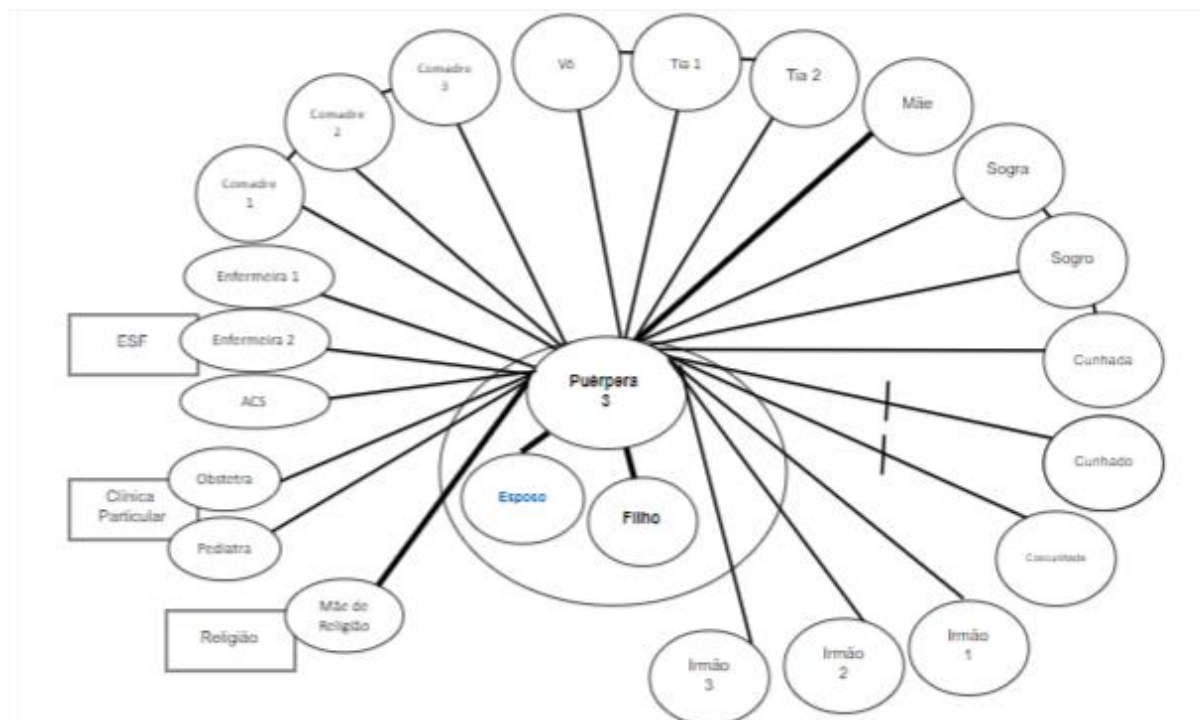
6.1.3 Rede social da Puérpera 3 (P3)

A P3 tem 23 anos, preta, com nível de escolaridade Ensino Médio Incompleto. Ela vivenciou um abortamento (2017), possui um filho, ambos do atual relacionamento, e convive com seu companheiro. Encontra-se desempregada, a família possui uma renda mensal de mil e duzentos reais (R\$ 1,200 reais), que provém de programas sociais do Governo Federal. A P3 refere que é soronegativa para HIV, mas seu parceiro vive com HIV, o modo de infecção do seu companheiro foi por TV. O companheiro relata que desde criança realiza tratamento para HIV e nunca teve infecção oportunista. Porém, durante sua adolescência interrompeu o tratamento e justifica que foi por revolta e imaturidade. O companheiro da P3 também relatou que sua mãe faleceu em decorrência do HIV e ele foi encaminhado a um abrigo, onde morou até seus 14 anos, momento em que foi adotado. A família que adotou é presente na vida do casal e sempre o incentivou a realizar o tratamento para HIV. Atualmente, possui carga viral indetectável para HIV, para tanto, realizaram planejamento reprodutivo.

Sobre o período gravídico puerperal, a entrevistada expôs que realizou o acompanhamento pré-natal no SUS e de modo concomitante no sistema privado, contabilizando mais seis consultas. A P3 declara que teve sentimentos de medo e ansiedade por ter vivenciado um abortamento, por esse motivo realizou acompanhamento pré-natal em dois serviços de saúde. A puérpera refere durante a entrevista que desconhecia as orientações sobre a testagem (HIV e sífilis) do parceiro durante sua internação na maternidade. E nesta situação, devido ao companheiro ser soropositivo, teria impossibilidade de amamentar até ser realizada testagem do recém-nascido. Sua via de parto foi vaginal, não teve intercorrência durante o trabalho de parto e parto. Realizou consulta puerperal e recebeu orientações sobre os cuidados pós-parto e métodos anticoncepcionais, ela optou pela utilização de pílula contraceptiva oral. No momento

da entrevista, foi elaborado o mapa da rede social juntamente com a P03, em que verificaram-se os vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 11 – Mapa social da Puérpera 3.



Fonte: Elaborada pela autora.

O mapa de rede social da P3 é de média amplitude, composta por 23 (vinte e três) membros, e de média densidade, pois os familiares estabelecem relacionamentos entre si, além dos amigos que se conhecem e estabelecem vínculos.

Na rede social primária, tem a presença dos familiares, dentre eles a entrevistada afirma ter um vínculo forte com o companheiro e com sua mãe. P3 soube do diagnóstico do seu companheiro desde o início do relacionamento, relata que não tiveram mudanças no estilo de vida devido ao tratamento do companheiro. Além disso, a entrevistada conta que seu pai se infectou com HIV em um relacionamento extraconjugal e sua mãe também se infectou, refere que na gestação de seus dois irmãos mais novos, sua mãe realizou profilaxia para TV do HIV. Ela relatou que o pai já faleceu. Mesmo sua mãe morando em outro bairro da cidade, esteve presente, principalmente no puerpério, auxiliando nos cuidados com RN.

Também estiveram presentes e fornecendo suporte seus três irmãos, avó, duas tias, sogra, sogro e sua cunhada, a participante expõe que possui um vínculo normal com esses familiares.

[...] os mais fortes (vínculo) porque ele (companheiro) me deu apoio em toda gravidez quando não tinha essas pessoas por perto era ele, só ele... (P3)

[...] veio minha mãe me ajudar, ela me ensinava as coisas, foi tranquilo. De dia minha mãe me ajudava, e ele (companheiro) a noite inteira com ele ... (P3)

[...] foi muito bom, muito bom (gestação), me ajudaram, me deram apoio e tudo. A gente construiu esta casa, ele construiu (companheiro), quatro meses fazendo, aí todo pessoal deu apoio. (P3)

[...] eles me ajudaram (rede primária) a entender o que eu passei quando grávida (nome da criança). Era tudo diferente a gente começou tava no comecinho né. Daí minha mãe não morava aqui, daí meus irmãos a gente era afastado né. Daí não tinha tanto apoio (primeira gravidez). Nessa (gravidez) eles me ajudaram entender o que passei... (P3)

[...] é que depois da segunda gestação a gente foi tomando mais juízo eles (rede primária) se aproximaram mais... (P3)

A P3 também referiu que possui um vínculo interrompido como cunhado e a concunhada por causa de um desentendimento familiar e isso afetou sua gestação. Define um vínculo normal também com as duas comadres que são pessoas com quem mantém contato quase que diário, auxiliando nos cuidados com o bebê.

No começo da gestação tinha a cunhada e a irmã dele que morava aqui do lado, mas a gente teve meio um conflito depois. A gente teve um conflito, mas não pode esquecer do que fizeram. Me prejudicou no finalzinho (P3)

Como a P3 acredita ter vivenciado uma perda na gestação anterior (referindo-se ao abortamento), teve sentimentos de medo e insegurança. Mas percebeu uma maior proximidade e apoio de sua rede primária em todo período gravídico e puerperal sendo fundamental para superar a insegurança.

Ao explorar a rede social secundária da P3, observa-se 04 (quatro) elementos, sendo considerada rede de pequena amplitude formada pela UBS, acompanhamento pré-natal em serviço privado, HUSM e instituição religiosa. A P3 e seu companheiro preferiram realizar acompanhamento pré-natal em dois serviços de saúde para se sentirem mais seguros. Relata um vínculo normal com a UBS, como ponto positivo ressalta as orientações recebidas pelas enfermeiras e o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) principalmente nesse momento de pandemia. Porém, declara que sentiu falta da realização de exame físico durante as consultas de forma rotineira.

[...] como eu tive bastante problema de saúde na gestação anterior, eu quis fazer dois acompanhamentos. Porque eu até ia no posto [cita o nome da Unidade Básica] e lá mostrava que eu tinha uma infecção, a doutora de lá falava que não precisava tomar

remédio porque tava fraco. Podia afetar o bebê e como eu não tomei aumentou a infecção e surgiu outras infecções. Daí eu preferi também fazer clínica e posto” (P3)

[...] ele (ACS) vinha aqui ver como a gente tava, se tava precisando de consulta ali (UBS) né. Não precisava ir ali, ele marcava e me ligava. Foi bem importante pra mim. Imagina no auge da pandemia sair com ele (filho)” (P3)

A P3 expõe um vínculo normal estabelecido com o serviço privado, onde também realizou o acompanhamento pré-natal. A puérpera comparou o atendimento recebido nos serviços de saúde e verificou que em alguns momentos, um complementava o outro. Porém, no serviço privado possuía mais recursos.

[...] no serviço privado (acompanhamento pré-natal) eles (equipe médica) assistiam melhor que no posto. Lá tinha uns médicos, eles me examinavam, no posto eles não me examinavam. Eles me mandavam toda hora para o CO (centro obstétrico), toda hora para o CO, e lá no particular eles me examinavam, já faziam tudo lá (P3)

Quanto a sua relação com o HUSM, menciona um vínculo normal, o serviço foi acessado durante o parto, porém seu retorno puerperal e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizou no serviço particular. Quanto à instituição religiosa, a entrevistada afirma que costuma frequentar uma instituição, tendo uma pessoa que a considera "mãe de religião", com essa pessoa possui um vínculo forte.

[...] foi lá (religião que frequenta) também que eu consegui bastante força para aguentar a gravidez inteira.

Quanto à relação e dinâmica da rede social da P3, verificaram-se poucas interações entre os membros da sua rede primária, entretanto, quando acontecem, é de forma positiva. Na rede primária, observa-se como operador natural de rede o companheiro da P3, que divide as atividades diárias e esteve presente durante o período gravídico puerperal. Os membros da rede secundária da P3 não realizam trocas entre si, oferecendo suporte de forma fragmentada, estabelecendo uma dependência dessa em relação a sua rede. A puérpera frequentava dois serviços de saúde distintos durante a gravidez, mas realizou seu acompanhamento puerperal somente em um serviço. Nota-se que na rede secundária, o ACS destacou-se como operador de rede, realizando função de mediador e articulador entre a P3 e a UBS, especialmente durante a pandemia.

A P3 relatou que a família esteve presente durante todo período gravídico e puerperal, prestando suporte do tipo emocional, afetivo e material. Também expôs que a rede secundária forneceu suporte do tipo informativo. Constatou-se que as redes primária e secundária não

conseguem realizar interações e P3 menciona a importância do suporte recebido pela rede primária do tipo afetivo emocional, que auxiliaram para obter segurança e bem-estar. A rede secundária deveria ter uma visão ampliada do contexto social vivido pela P3, assim poderiam realizar ações efetivas apoiando P3. Como também, colaborariam com a rede primária na complementação de suporte emocional, afetivo e informativo durante esse período em que ocorrem mudanças físicas, emocionais e na rotina familiar.

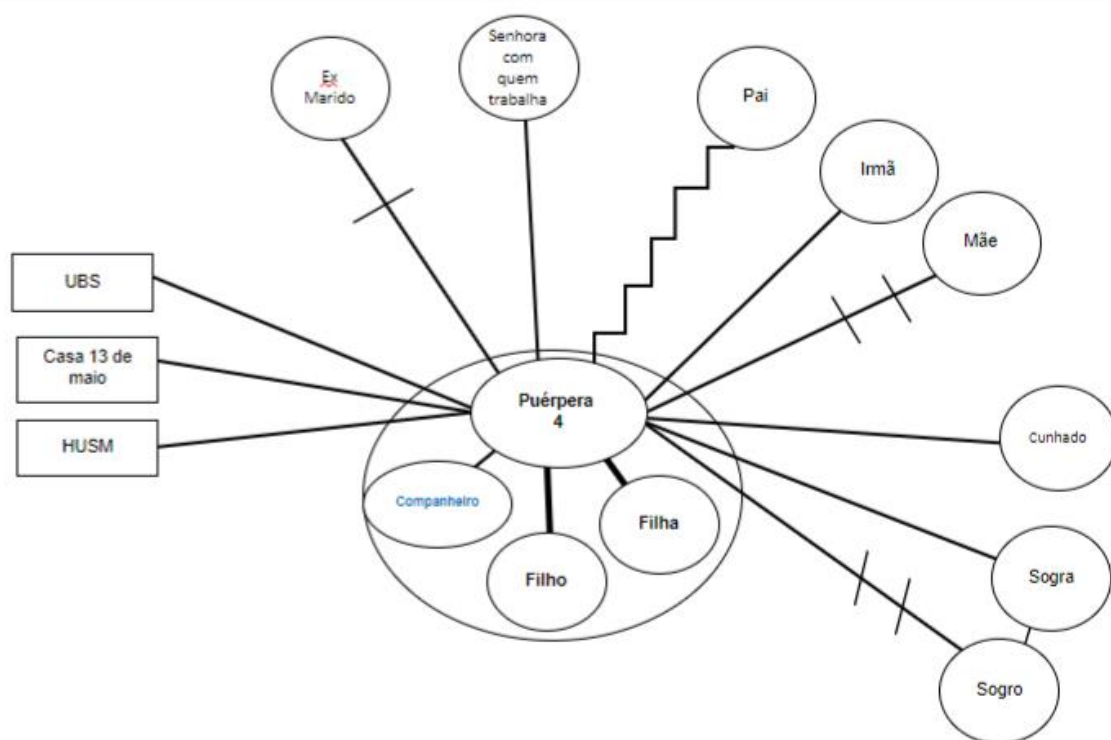
6.1.4 Rede social da Puérpera 4 (P4)

A P4 tem 28 anos, se declara de cor preta, possui nível de escolaridade Ensino Fundamental Incompleto, possui 02 filhos do atual relacionamento e convive com seu companheiro. Encontra-se empregada sem carteira assinada, atuando como cuidadora de uma idosa. A P4 e o companheiro também são catadores de materiais recicláveis. A família possui uma renda mensal próxima de trezentos e cinquenta reais (R\$ 350,00 reais), complementa a rede com auxílio de programas sociais do Governo Federal.

Menciona que teve seu diagnóstico do HIV antes da primeira gestação, seu modo de infecção do HIV foi por transmissão sexual. Devido a relações sexuais desprotegidas, relata que transmitiu o vírus para seu companheiro. Além disso, conta que começou seu tratamento para o HIV após a descoberta, porém os medicamentos causavam muita náusea e mal-estar. Por esse motivo, não realizou um tratamento de forma contínua, alguns dias não fazia uso da medicação, interrompeu tratamento por um período de seis meses. Afirma que durante as duas gestações realizou a profilaxia da TV como recomendado.

Em relação ao período gravídico puerperal, realizou o acompanhamento pré-natal com mais de seis consultas, não teve intercorrências obstétricas durante a gestação e parto, a via de parto foi cesariana. Recebeu orientações sobre a recomendação de utilização de fórmula láctea infantil e não amamentar. A P4 relata que realizou consulta puerperal, recebendo orientações sobre os cuidados pós-parto e métodos anticoncepcionais, optou pela utilização de anticoncepcional oral. O mapa da sua rede social foi desenhado juntamente com a mesma no momento da entrevista, nele se evidenciam os vínculos com a rede primária e secundária:

Figura 12 – Mapa social da Puérpera 4.



Fonte: Elaborada pela autora.

Constata-se que o mapa de rede social da P4 demonstra uma rede de pequena amplitude, composta por 14 (quatorze) membros, e de baixa densidade, pois os elementos não estabelecem vínculos entre si.

Na rede primária, faz-se presente primeiramente, companheiro, sogra, cunhado e uma irmã, refere ter vínculo normal com os mesmos. Menciona que seu sogro é falecido e possuía um vínculo normal com ele.

Conta que se infectou com vírus durante relacionamento anterior, desconhecia o diagnóstico do ex-companheiro, por isso possui um vínculo interrompido com ele. No início do seu atual relacionamento, seu companheiro desconhecia seu diagnóstico, após seis meses de relacionamento, a puérpera se sentiu segura para contar, mas, devido a relações sexuais desprotegidas, transmitiu a infecção para o companheiro. Também relatou que o companheiro não teve sentimentos negativos em relação à infecção, eles não tiveram desentendimentos por causa da infecção:

[...] depois de um tempão, contaram para mim (diagnóstico do ex-companheiro). É, fiquei brava no começo, depois foi passando. (P4)

[...] normal ele (companheiro) reagiu normal. Ele disse que era normal fazer o que, bem dizer. (P4)

A entrevistada expõe como únicos vínculos fortes os que estabelece com seus filhos. Menciona que possui uma proximidade física com a sogra e o cunhado, pois moram no mesmo pátio, em casas separadas. Ela apresenta um vínculo normal com os mesmos.

Só sempre minha sogra e meu marido. Agora ela (sogra) tá mais passando no HUSM, porque faz pouco que operou o câncer dela. (P4)

Relata que sua mãe é falecida e com ela tinha um vínculo normal, era separada de seu pai. Menciona que seu pai tem um novo relacionamento e, fruto dele, outros filhos. Considera ter vínculo conflituoso com ele:

Faz tempo que não vejo ele. Depois que ele (pai) ganhou os outros filhos, ele se separou da finada mãe também e nem deu bola mais para gente. (P4)

Relata que tem uma irmã, geralmente as duas se visitam uma vez por semana, porém a irmã não consegue auxiliar nas atividades diárias, nem nos cuidados com a sua saúde, considera ter com ela um vínculo normal. Declara não possuir rede de amizade ou convivência com os vizinhos:

Só eu e minha irmã, só que nos se vemos. Normal, eu vou na casa dela todo fim de semana. (P4)

Como a rede primária da P4 é considerada pequena, somente a sogra e seu companheiro conseguem dividir as atividades diárias e os cuidados das crianças. Dessa forma, conseguem auxiliar e se organizar para manter seus cuidados de saúde.

A sua rede social secundária é pequena, composta de 04 (quatro) elementos: UBS, Casa 13 de maio, HUSM, senhora com quem trabalha. Observa-se que esses elementos também não realizam trocas entre si. A P4 expõe que não frequenta nenhuma instituição religiosa ou associação comunitária.

A P4 realizou acompanhamento pré-natal na UBS concomitante no HUSM, menciona ter um vínculo normal com esses serviços de saúde, relata ter se sentido segura mediante serviços em que um serviço complementava o outro. Quanto aos seus cuidados de saúde, não observou atitude dos profissionais ou das instituições que pudessem auxiliar e/ou facilitar os cuidados. Porém afirma que o acompanhamento durante o ciclo gravídico puerperal foi adequado, não sentiu necessidade de outros atendimentos e/ou orientações:

[...] nos dois, (realização do acompanhamento pré-natal) no posto ali e no HUSM. Lá é melhor, não sei explicar, mas lá tem mais recurso parece. Lá eram mais atenciosos sabe, lá eu conhecia todos bem dizer, e aqui (UBS) não muito. (P4)

Lá no HUSM, eles me orientaram como tomar os remédios certinho. (P4)

Devido à infecção com o HIV realiza acompanhamento com infectologista na Casa 13 de maio, mas devido a pandemia as consultas têm um intervalo de no mínimo três meses para o retorno. Como realizava acompanhamento no HUSM, durante a gestação, não buscou atendimento na Casa 13 de maio, somente no puerpério. A P4 declara que já conhece todos os profissionais e considera possuir um vínculo normal, não possuindo uma referência.

A P4 trabalha como cuidadora de uma senhora idosa, antes, quem realizava essa atividade, era sua sogra, como ela se encontra doente, a entrevistada permaneceu no lugar, descreve ter um vínculo normal com a idosa.

Quanto à relação e dinâmica da rede social da P4, observa-se que a rede primária é de pequena amplitude, soma-se a isso a fragilidade nas interações entre os membros. A P4 e seu companheiro são catadores de materiais recicláveis, isso auxilia na renda familiar. Para conseguirem desenvolver a atividade, eles se dividem nos cuidados dos filhos, enquanto um sai na busca dos materiais recicláveis, o outro cuida das crianças. Também é dessa forma a organização para manterem os cuidados de saúde, quando precisam ir até um serviço de saúde, o outro fica com as crianças. A sogra é a única pessoa com quem podia contar para ajudar nos cuidados com as crianças, porém ela se encontra doente, não conseguindo mais auxiliar. Para tanto, a P4 considera o companheiro como operador natural de rede, e a rede primária fornece suporte do tipo emocional e afetivo.

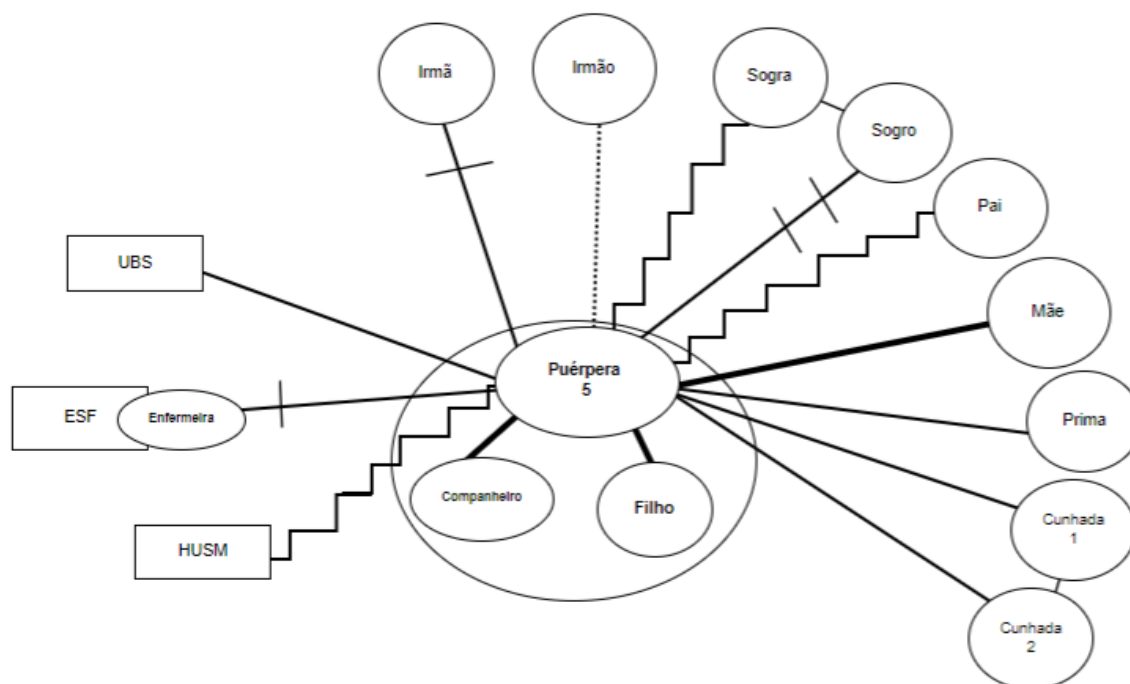
Percebe-se que a rede secundária da P4 também é considerada pequena, as instituições não possuem vínculos entre si. Verifica-se que P4 se torna dependente dessa rede para manter seus cuidados de saúde, que ocorrem de forma fragmentada. O tipo de suporte que essa rede consegue fornecer é informativo. Além disso, P4 não reconhece na rede secundária um operador de rede que possa auxiliá-la na organização dos cuidados de saúde.

Nota-se que a rede primária e a secundária são compostas por poucos membros, pequena amplitude e densidade, mas, segundo a P4 conseguiram suprir suas necessidades. Porém observa-se que não ocorrem articulações entre as redes, o que pode levá-la a ter uma sobrecarga de demandas, tendo dificuldade para dividir as atividades diárias.

6.1.5 Rede social da Puérpera 5 (P5)

A P5 tem 22 anos, branca, possui como nível de escolaridade o Ensino Médio Completo, tem 01 filho da atual relação, anteriormente, vivenciou um abortamento e convive com seu companheiro. Encontra-se desempregada, a família possui uma renda mensal de um salário mínimo (R\$ 1.045,00 reais), que provém das atividades desempenhadas pelo companheiro. A P5 relata que é soronegativa para HIV, mas seu parceiro vive com HIV, seu modo de infecção do HIV foi por transmissão sexual. Conta que seu companheiro descobriu o diagnóstico do HIV quando iniciaram o acompanhamento pré-natal, desde então, realiza o tratamento e nunca o interrompeu, assim como, nunca teve infecção oportunista. Atualmente, o companheiro possui carga viral indetectável para HIV. Sua gestação não foi planejada.

Em relação ao período gravídico puerperal, realizou o acompanhamento pré-natal com mais de seis consultas, durante a gestação, foi diagnosticada com sífilis. A P5 e o companheiro realizaram o tratamento como recomendado. No final da gestação, teve o diagnóstico de pré-eclâmpsia, sendo encaminhada para o acompanhamento pré-natal de alto risco realizado no HUSM. Foi necessária a realização de cesariana de emergência em decorrência pré-eclâmpsia grave. A P5 relata que realizou consulta puerperal, recebendo orientações sobre os cuidados pós parto e métodos anticoncepcionais, optou pela utilização de anticoncepcional oral. O mapa da sua rede social foi desenhado juntamente com a puérpera no momento da entrevista, nele se evidenciam os seus vínculos com a rede primária e secundária:



Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se o mapa de rede social da P5 possui média amplitude, composta por 14 (quatorze) membros, e de média densidade, pois alguns familiares estabelecem relacionamentos entre si.

Na rede social primária, verifica-se a presença dos familiares, dentre eles a entrevistada destaca ter um vínculo forte com o companheiro. Conta que a descoberta do diagnóstico do companheiro foi durante o acompanhamento pré-natal, sendo uma surpresa para ambos, mas sempre apoiou o companheiro na realização do tratamento para HIV. Também relata que somente ela conhece o diagnóstico do companheiro, optaram por não expor o diagnóstico do HIV para os familiares e amigos, com medo de discriminação:

[...] é que como a minha família não é daqui e a dele também não, são tudo de Poto Alegre, aqui é só eu e ele né, então só ele (companheiro). Acho que só ele mesmo que me acompanhou. (P5)

[...] foi um choque porque a gente tava lá, eu fiz os meus (exames), eu disse já que tá aqui né faz os teus também (exames). Vamos ver o que dá. Daí deu positivo. Eu fiquei em choque sabe, porque sabia tudo que eu poderia enfrentar, então fiquei com medo de ter (infectado com HIV). Daí foi quando a médica sentou com nós e conversou. Ela disse se ele fizesse o tratamento direitinho a gente podia ter uma vida boa e ia ser tudo tranquilo. (P5)

Em relação a sua mãe conta que o vínculo se tornou forte durante o puerpério, sua mãe permaneceu um período do puerpério auxiliando nas atividades diárias e cuidando o recém-nascido. Dessa forma, fortaleceram a relação entre mãe e filha:

[...] com a minha mãe mudou bastante, ela tá bem mais próxima da gente. (P5)

[...] eu e a minha mãe a gente tava meio distanciada quando eu vim pra cá. Agora tá melhor sabe porque ela veio, acho que duas ou três vezes pra conhecer. Ela veio pra conhecer o nenê daí ela ficou um mês comigo quando eu ganhei o nenê. Daí ela me ajudou em tudo sabe quando ele nasceu, ela me ajudou em tudo, cuidar dele, porque eu não sabia cuidar de filho. Então eu não entendia nada, daí ela que ajudou, daí agora ela vem as vezes, uma vez por mês ela vem. (P5)

Menciona que tem um vínculo conflituoso com seu pai. Possui dois irmãos, considera ter um vínculo frágil com o irmão e um vínculo interrompido com a irmã. Com esses familiares, não possui proximidade física porque eles moram em cidades diferentes:

[...] tenho dois irmãos, uma eu não falo com ela. São (irmãos) de pai e mãe, daí uma eu não falo com ela e o meu irmão a gente se fala as vezes assim. (P5)

A entrevistada cita vínculo conflituoso com a sogra, possuía um vínculo normal com o sogro, este é falecido. Conta que têm duas cunhadas, uma mora em outro estado e a outra cunhada em município no noroeste do estado do RS, mesmo com o distanciamento físico, considera ter um vínculo normal com as mesmas:

[...] a minha sogra é meio louca assim sabe, ela não quer nada com nada da vida. E aí quando eu conheci (companheiro), eu fiz ele tomar rumo na vida né. E aí ela (sogra) não gostou porque eu fiz ele se distanciar dos amigos, porque não eram boas influências pra ele. E ela (sogra) não gostou, ela disse que ele é muito preso. (P5)

[...] as minhas cunhadas falo, uma mora em São Paulo e a outra mora em Cruz Alta. Sim, a gente conversa bastante pelo celular. (P5)

A P5 expôs que se sentiu sozinha durante a gestação, devido ao fato de sua família e a família do companheiro morarem em Porto Alegre. Mudaram-se para Santa Maria no início da gestação em função do seu companheiro ter conseguido um emprego na cidade. Além disso, conta que tem dificuldade em estabelecer novas amizades na cidade, sentindo muita saudade dos amigos que deixou em Porto Alegre. Ressalta que possui uma relação de amizade com uma prima, mantendo contato pelo telefone com a mesma, menciona ter um vínculo normal com ela:

Foi bem difícil sabe, porque como minha família não é daqui e a dele também não, e aí ele trabalha, daí ele chegava em casa e a gente não tinha muito contato. Então era

mais eu sozinha sabe, então foi bem assim porque como ele trabalhava, até pra descobrir o sexo do nenê eu descobri sozinha, pra fazer tudo eu fiz sozinha sabe, porque ele não me acompanhava, ele não podia né por causa do serviço. (P5)

Sinto muita falta de lá, porque as pessoas daqui não são quem nem eram lá sabe, aqui eu não tenho amigos, aqui eu não tenho nada, é só eu, o nenê e o meu marido, sinto bastante falta de lá. (P5)

Converso bastante assim pelo celular né. A minha prima que me ajudou bastante, porque ela entendia bastante. Então tudo que eu sentia eu dizia pra ela, a eu tô com isso, com aquilo. Que tu acha que é? Aí ela me dizia sabe, porque ela tinha experiência, e tem três filhos. (P5)

A P5 relata que se sentiu sozinha durante a gestação e o puerpério, devido ao distanciamento físico de sua família e pela dificuldade em desenvolver laços de amizades. Soma-se a isso, a descoberta do diagnóstico de HIV do seu companheiro no início da gestação, além de passar por algumas restrições pela pandemia. Ainda no período de sua internação na maternidade permaneceu sozinha, o que gerou muitos sentimentos como medo e insegurança.

A rede social secundária da P5 é composta de 03 (três) elementos, dentre eles: UBS, ESF e HUSM, sendo considerada uma rede de pequena amplitude. Atualmente, frequenta a UBS, próxima de sua residência. Com a instituição, possui um vínculo normal, sendo esse o local que realiza as vacinas do recém-nascido.

[...] eu fui no posto no [bairro Urlândia – ESF] e agora aqui no [bairro São José – uma UBS]. (P5)

[...] tem que dar as injeções dele (vacinas), eu tenho que tomar as minhas (anticoncepcional injetável), só consulta que é uma coisa que a gente não tá fazendo. Eles falaram que é por causa desse negócio do coronavírus. (P5)

Descreve o seu vínculo com a ESF, como interrompido pelo fato de ter mudado de bairro. Contudo, realizou grande parte do acompanhamento pré-natal na ESF, cita que a enfermeira foi importante nesse período, fornecendo orientações sobre a gestação e os cuidados com o recém-nascido.

[...] eu morei na rua [Duque de Caxias] no início da gestação até os três meses, e depois a gente se mudou pra [bairro Urlândia], daí eu fiz (acompanhamento pré-natal) o resto tudo ali (ESF). (P5)

[...] meu pré-natal pra mim que não entendia nada foi bem tranquilo. Todas as consultas consegui escutar o nenê, consegui fazer tudo direitinho, e a médica, a enfermeira eram bem legal. Ela (enfermeira - ESF) sempre explicou tudo então eu acho que não foi ruim o meu pré-natal, foi bem bom. Eu gostei de tudo. (P5)

A P5 relata que tem um vínculo conflituoso com o HUSM. Isso ocorre por ser sorodiferente do companheiro. Ela e o recém-nascido ficaram internados por um período de 10 dias realizando exames de investigação para o HIV. Por isso, considera que não teve uma assistência de saúde adequada no hospital. A entrevistada relata que não frequenta instituição religiosa ou associação comunitária.

[...] no HUSM foi só no final da gravidez quando eles me encaminharam pra lá por causa da pressão. (P5)

Durante o período puerperal, os elementos da rede secundária, o HUSM e a UBS, estiveram presentes auxiliando nos cuidados à saúde. Devido à pandemia de COVID 19, durante internação para o parto, a P5 percebeu algumas restrições em relação ao acompanhante. Além disso, sentiu falta de orientações sobre os procedimentos a que o recém-nascido poderia ser submetido caso necessário.

[...] pra mim sim (acompanhamento psicológico), porque eu enfrentei tudo sozinha. Daí foi bem na época da corona vírus né. Ainda naquela época foi bem na descoberta (diagnóstico do HIV). Então eu me senti sozinha, daí não deixaram ele me ver, eu entrei sozinha, fiquei sozinha no hospital e aquilo me fez muito mal sabe. Eu saí do hospital com início de depressão, até agora eu tomo fluoxetina pra pode me acalmar, por causa de tudo isso que aconteceu comigo. (P5)

[...] toda hora vinham exame isso e aquilo, e a gente dizendo que não tinha (diagnóstico do HIV). Ainda tinham dois casos de coronavírus no andar de cima, e eles queriam deixar a gente preso lá, sem necessidade. Porque o nenê já tava com alta, eu já tava com alta, só esperando o resultado dos exames dele (recém-nascido), a gente ficou 10 dias lá. (P5)

[...] eles não botaram nem o nenê perto de mim, tiraram o nenê mostraram pra mim e já largaram direto na água (banho) assim sabe. E aí não deixaram nem eu pegar, daí já levaram o nenê. Não deixaram como eu via nos vídeos, eles tiravam a criança e já botavam direto na mãe, assim pra ele sentir a mãe sabe, e comigo não fizeram isso, não deixaram ele e sentir. (P5)

Quanto à relação e dinâmica da rede social da P5, se pode notar uma fragilidade na rede primária devido à distância física e afetiva. Verificou-se que não aconteciam trocas entre os membros da rede, a pessoa que ajuda da rede primária foi o companheiro da P5, o tipo de suporte fornecido foi emocional e material. Verificou-se que a rede secundária não consegue realizar intercâmbios nas relações, resultando em uma dependência da P5 em relação a rede secundária, como também, não possui um operador de rede. A P5 considera ter recebido o tipo de suporte informativo, o que configura a função dessa rede.

Confirma-se que não ocorreram trocas entre a rede primaria e a rede secundaria isso se justifica pela omissão do diagnóstico de seu companheiro aos familiares e amigos.

Quando ele descobriu, ele queria terminar comigo [...] Daí eu disse que não ia ser por causa de uma doença que eu ia largar ele [...] ninguém sabe [o diagnóstico de HIV] [...] então por esse fato de eu não querer que ninguém tratasse ele diferente, eu optei por não contar pra ninguém. Ficar só entre nós mesmo [...] A minha mãe veio pra ir pro hospital e eu não deixei, fiquei com medo que alguém falasse (sobre o HIV). (P5)

A rede secundária poderia ter sido a principal fonte de suporte da P5, já que seus familiares e amigos residem em outro município. Dessa maneira, a rede secundária poderia suprir o suporte emocional, afetivo e informativo, auxiliando-a a obter segurança em relação ao tratamento do seu companheiro e nos cuidados com o recém-nascido.

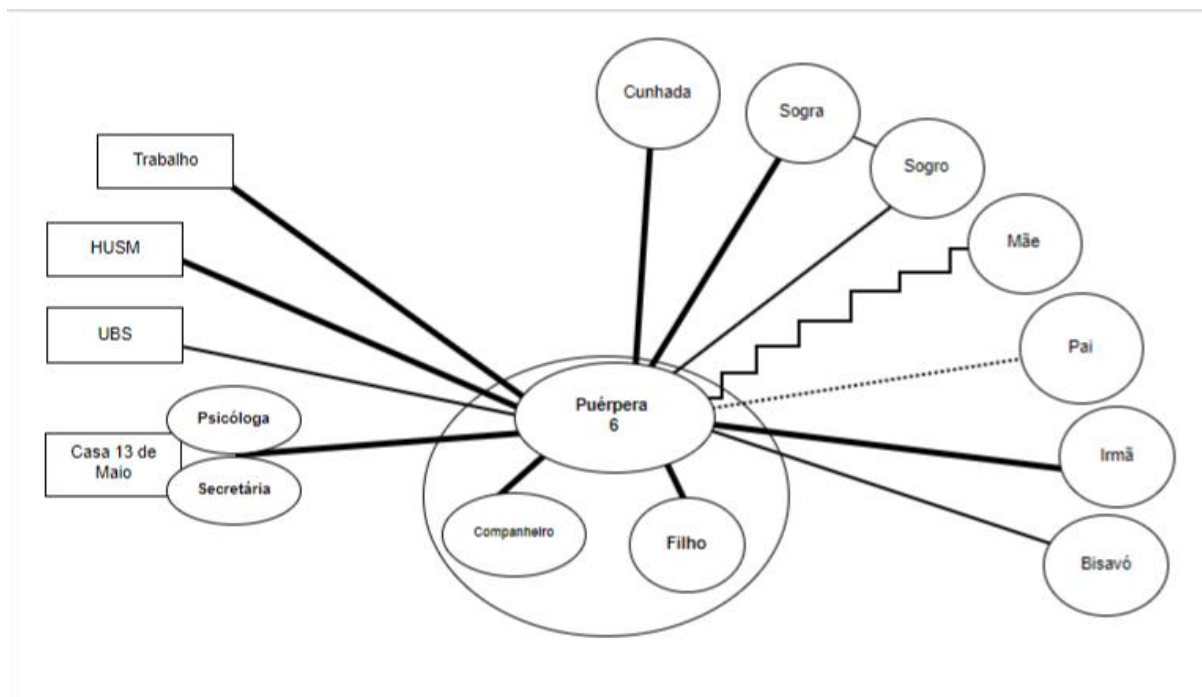
6.1.6 Rede social da Puérpera 6 (P6)

A P6 tem 25 anos, se declara de cor branca, possui como nível de escolaridade Ensino Fundamental Completo, possui 01 filho do atual relacionamento e convive com seu companheiro. Encontra-se desempregada, a família possui uma renda mensal de um salário mínimo (R\$ 1,045 reais), que provém das atividades desempenhadas pelo companheiro.

Menciona que descobriu seu diagnóstico do HIV durante a gestação, seu modo de infecção do HIV foi por transmissão sexual, seu companheiro é soropositivo. Sobre o seu tratamento para o HIV, conta que iniciou logo após a descoberta do diagnóstico (durante a gestação), nunca o interrompeu e realizou a profilaxia para TV como recomendado.

Em relação ao período gravídico puerperal, realizou o acompanhamento pré-natal com mais de seis consultas, não teve intercorrências obstétricas durante a gestação e parto, a via de parto foi vaginal. Recebeu orientações sobre a impossibilidade de amamentar e sobre a utilização de fórmula láctea infantil. A P6 relata que realizou consulta puerperal, recebendo orientações sobre os cuidados pós parto e métodos anticoncepcionais, optou pela colocação de dispositivo intrauterino (DIU). O mapa da sua rede social foi desenhado juntamente com a P6 no momento da entrevista, nele se evidenciam os vínculos dela com a rede primária e secundária:

Figura 14 – Mapa social da Puérpera 6.



Fonte: Elaborada pela autora.

Ao conhecer o mapa de rede social da P6, explicita-se com uma rede de média amplitude, composta por 13 (treze) elementos que estabelecem poucos relacionamentos entre si, demonstrando baixa densidade.

Na rede primária, estão presentes os familiares, dentre eles, a P6 cita: o companheiro, a sogra, a cunhada e a sua irmã, menciona ter um vínculo forte com eles. Para essas pessoas a P6 se sentiu segura para contar sobre o seu diagnóstico do HIV. A P6 nos conta que seu companheiro sempre auxiliou nos cuidados da filha, porém em alguns momentos ele se ausentou por alguns dias, a P6 justifica que o mesmo tem dependência alcoólica. Mas sua sogra tenta suprir a ausência do filho, ajudando nos cuidados com a neta:

[...] então eu descobri que eu estava grávida, sempre me apoiou (companheiro), porquê da parte dele, porque namorado enfim, pouquinho tempo né. Eu achei que ele ia, por conta também do HIV. Ele ia achar o rumo da vida dele, mas não, foi super companheiro. Assim trazer nas consultas e alimentação, a gente aluga uma casinha. Foi tipo muito companheiro mesmo sabe, tá sendo até hoje sabe, bem forte nossa ligação. (P6)

[...] eu pude contar bastante com a minha sogra, com meu companheiro principalmente né. Com a minha sogra e meu sogro, só que meu sogro não sabe da situação, que eu e meu marido temos HIV né. Só quem sabe é minha sogra e a minha cunhada. E eu pude contar com a ajuda da minha sogra, do meu sogro, e da minha cunhada e da bisavó da (nome da criança). E uma irmã minha que eu pude contar, e conto até hoje... (P6)

[...] a minha irmã, ela tem o HIV. Aí o filhinho dela tem (diagnóstico do HIV) por conta da amamentação. Daí me senti encorajada de falar com ela. Da família só ela quem sabe, eu falei para minha mãe, mas minha mãe eu não tenho muita ajuda. (P6)

[...] dia de semana dá para contar com ele (companheiro), mas chega na sexta, assim ele toma uma cerveja. E ele já não sabe tomar uma, ele toma uma, duas e vai porque é complicado. Ele passa as responsabilidades para mãe, e acaba que tudo que eu preciso pedir para ela. Me ajuda a fazer tal coisa, segura ela pra mim fazer tal coisa, me ajuda dá banho. Eu não sei se ele tem problema com alcoolismo. (P6)

A P6 cita a presença e suporte de seu sogro e considera ter um vínculo normal com ele. Ainda aponta o apoio recebido pela bisavó, refere ter um vínculo normal com ela. Essas pessoas da rede primária não conhecem o diagnóstico da P6.

[...] a bisavó ela me ajudou na questão mais financeira, ela não sabe de nada, Deus o livre. Mas ela sempre até hoje tem bastante contato. (P6)

A entrevistada nos relatou que teve mudanças no vínculo com sua mãe, isso aconteceu após a descoberta da gestação e do diagnóstico do HIV, considera terem um vínculo conflituoso:

Até certo tempo antes de eu engravidar eu era super da minha mãe, assim minha mãe no céu e minha mãe na terra (...) quando eu descobri que estava grávida, assim foi um susto para todo mundo. E aí eu descobri que a minha mãe não era minha parceira como eu tinha em mente. Eu ajudava ela financeiramente, emocionalmente em todos os problemas da casa. Eu fui descobrindo que ela não era tão parceira. Não foi minha parceira porque até na gestação ela mal ia me ver, porque eu morava com a sogra (...) eu resolvi contar para ela da situação do HV e pedi pelo amor de Deus que ela não conta para ninguém. (...) Eu me recuei bastante dela depois que eu descobri a gestação e o HIV, eu me recuei muito dela. Ela é só minha mãe agora (risada) queria que fosse mais mesmo, mas ela não procura né. (P6)

Também comentou que possui um vínculo descontínuo com seu pai, mesmo eles tendo proximidade física. A relação deles sempre foi distante, mesmo com a descoberta da gestação e o diagnóstico do HIV, não tiveram mudanças no relacionamento:

Eu tinha convívio com meu pai, mas pouco dele (...) nem quando a gente era pequena, assim ele não foi muito presente né. Ele mora no mesmo pátio, tem a casinha dele, mas sempre foi mais distante né. Super me apoiou quando eu tava grávida, adora a (nome da criança), mas eu não tenho muito contato com ele. (P6)

[...] meu sogro é mais financeiro, mas a minha sogra é mais um apoio de cuidar dela, me dá as dicas e palpites que todo mundo diz que é ruim, mas que eu acho bom. E a minha cunhada é mais meu psicológico, ela é bem estruturada psicologicamente então, eu me abalei muito por conta do HIV. Então ela tem me ajudado a me reerguer e ela é mais apaixonada pela (nome da criança) (risos). A minha irmã ela foi bem presente na gestação mas agora eu andei dando uma distanciada por causa que ela era pequenininha então, também por causa do coronavírus... (P6)

A rede secundária de P6 é composta por 05 (cinco) elementos: UBS, HUSM, Casa 13 de maio, trabalho e a religião que frequenta. Dessa maneira, é classificada como de pequena amplitude e de pequena densidade, porque os membros dessa rede não interagem entre si.

Descreve que realizou seu acompanhamento pré-natal e sua internação para o parto no HUSM, considerando seu vínculo forte com o serviço de saúde.

[...] a gente faz as coisas lá no HUSM, tudo lá, dentista até psicólogo. Fui na Casa 13 de maio, mas não adiantou muito me encaminharam para cá [HUSM]. Mais o HUSM que foi tudo né, e ainda continua sendo... (P6)

Em relação ao acompanhamento realizado na UBS, a P6 relata que teve apoio das enfermeiras, sentindo-se respeitada e bem atendida, descreve que possui um vínculo normal nesse local.

[...] é bem tranquilo até [atendimento], é bem rápido. Quando eu soube [diagnóstico do HIV] eles me deram apoio, as enfermeiras me acalmaram. Eu fiquei muito nervosa, depois durante o pré-natal, durante o tempo eles trataram super bem, nada preconceituoso. É melhor que os outros postos de saúde... (P6)

A P6 descreveu o acompanhamento realizado na Casa 13 de maio, lá recebeu orientações sobre os cuidados de saúde, teve apoio psicológico e nutricional, considera ter um vínculo forte com a instituição e profissionais.

[...] super se preocuparam e falaram que era para mim tomar todos os cuidados, a questão emocional assim a psicóloga ela soube entender. Em nenhum momento me julgaram, me deram apoio em questão de procurar [nome da UBS], sempre tá com os exames em dia e tomar os cuidados [profilaxia para TV] para [nome da filha] não tivesse nada. E se ela tivesse alguma coisa não seria culpa minha, mas foi mais distante assim elas conversaram no momento, agora não mais. As consultas com infectologista lá e agora a gente foi para pegar os leites dela, e aí nos passaram para nutricionista ela não deu shake para gente tomar, porque eu perdi bastante peso. Fomos bem recebidos, foi bem tranquilo... (P6)

Além disso, a P6 relata que trabalhava como diarista em seis casas, mas quando descobriu a gestação decidiu permanecer em casa com medo da pandemia de COVID-19. A P6 achou importante contar seu diagnóstico de HIV para as pessoas com quem trabalhava, sentiu preconceito de uma pessoa, mas menciona que com passar do tempo essa pessoa mudou de postura. Todas as ex-patroas ampararam durante a gestação com auxílio material, considera ter vínculo forte com as ex-patroas.

Eu trabalhava de limpeza, aí muitos das minhas patroas souberam falei para elas [diagnóstico do HIV] por conta do trabalho que eu poderia me machucar. Então de seis que eu trabalhava, cinco souberam da situação, me apoiaram bastante. Uma delas eu senti um certo preconceito, me deu luvas de limpeza. As pessoas são mais antigas a gente sabe relevar, mas as outras elas super me apoiaram na questão da saúde, tomar os remédios, alimentação em si. Em algumas delas eu faço algumas limpezas de vez em quando e me ajudaram também nessa questão das coisinhas da [nome da filha] me deram as coisinhas, depositaram dinheiro porque eu parei de trabalhar por causa da gravidez e por conta do coronavírus... (P6)

[...] inclusive dessa que eu tinha sentido um certo preconceito, eu acho que ela deve ter estudado porque ela me trata super bem, não trabalho com ela, mas de vez em quando eu vou lá visito ela. Ela tem problema nas costas, vou lá arrumo a hortinha dela, conversa sobre as medicações, sobre a [nome da filha] ... (P6)

Quando P6 descobriu o diagnóstico de HIV se sentiu bastante fragilizada e perdida, teve medo de passar o vírus para filha, então procurou ajuda e apoio na religião, especialmente durante a gestação. Essa foi a forma que P6 encontrou para sentir confortada, menciona ter vínculo forte com a religião.

Minha sogra ela é de religião é de umbanda, eu sempre fui evangélica, já fui espírita e hoje eu acredito em Deus, acredito no bem ao próximo. Mas por conta dessa situação [diagnóstico do HIV] as pessoas acreditam em milagre, que vai ter cura. O espiritual da gente fica abalada, aí ela [sogra] disse que a vamos lá e eu nunca quis contrariar, não era minha vontade fazer, eu era super contra de ir em uma religião sendo que eu ir na outra, Mas estava bem abalada por conta do HIV e pelo medo de que a pequena tivesse. Eu fui bastante na igreja, não para procurar um milagre, que a gente sabe que não tem, mas para ficar mais confortante, pra tu poder passar por essa situação... (P6)

Quanto a relação e dinâmica da rede social da P6, verificou-se que o suporte ofertado pela rede primária é fornecido principalmente pela família do companheiro, os quais a acolheram e a apoiaram tanto para os cuidados da sua saúde, como nos cuidados com a recém-nascida. Porém, os outros membros da rede primária não interagem da mesma forma, isso gera na P6 sentimentos como tristeza e mágoa. A rede primária oferece suporte do tipo emocional, afetivo e material, observa-se seu companheiro como operador natural de rede.

Quando eu descobri assim que tava grávida dela e que tinha HIV e me passou um monte de coisa na cabeça [...] levei um choque assim, tipo pra mim o mundo desabou [...] a ideia que veio até a mim foi de tirar a (nome da criança) [...] tinha que tomar os remédios né. E tinha bastante consulta, além do normal né. A gente sempre tinha que dar uma desculpa, até hoje essa questão do leite dela (recém-nascido). [...] a minha sogra disse que meu sogro é capaz de se matar, por conta que o filho dele tenha (diagnóstico de HIV) [...] Aí eu tive que tomar coragem e chegar e contar pra alguém [...] contei pra minha cunhada primeiro [...] Eu tive que trabalhar assim dentro de mim pra chegar e contar pra minha sogra. (P6)

[...] eles ficam com a [nome da filha] pra mim fazer meus exames, minhas consultas, minhas coisas né. Ela [sogra] no caso cuida da [nome da filha] para mim fazer minhas coisas, mas ela [sogra] não sabe muito questão da saúde... (P6)

A rede secundária da P6 é estruturada composta pelos serviços de saúde (UBS, HUSM e Casa 13 de maio), vínculo com as pessoas com quem trabalhava antes da gestação e a religião que frequenta. Todos a auxiliaram de alguma forma. Entretanto, nota-se que esses elementos não realizavam intercâmbios, forneciam suporte de forma isolada, e o tipo de suporte fornecido é o informativo e emocional, não possuindo uma pessoa como operador de rede.

Verificou-se que a alguns membros da rede primária que conheciam o diagnóstico da P6 e do seu companheiro, como sua sogra e cunhada, tentavam apoiar e interagir com a rede secundária. No entanto, não se percebe intercâmbios e oferta de suporte de forma mútua entre as redes primárias e secundárias.

7 DISCUSSÃO

Preconceito e discriminação no contexto social da epidemia do HIV e da pandemia do COVID-19 agem como potencializadores nas fragilidades das relações e dinâmica da rede social de puérperas

A análise da rede social de puérperas no contexto da epidemia do HIV sustenta a tese de que esse contexto, decorrente da resposta da sociedade a essa epidemia, permanece refletindo o estigma, o preconceito e a discriminação vivenciada pelas pessoas que com HIV. No estudo em tela, as puérperas fortalecem a compreensão dessa população em silenciar sua sorologia como forma de se proteção. Isso traz implicações como a restrição da rede social da puérpera, podendo afetar nos seus cuidados de saúde. Ainda, a situação sanitária do país devido à pandemia da COVID-19 intensificou as fragilidades nas relações e dinâmica da rede social dessas puérperas em função do distanciamento social.

Conviver com HIV afeta para além da parte biológica, exigindo mais do que somente tratar a doença, diversas reações como o medo, o preconceito, o estigma e a exclusão social. O impacto de viver com uma doença crônica interfere na esfera emocional, no bem-estar e nas relações sociais, levando muitas pessoas a se isolarem (ROCHA, 2015). Diante disso, reconhecer-se com sorologia positiva para o HIV, ainda mais durante no período gravídico puerperal, representa mudanças no valor atribuído à própria vida. Ainda, as mulheres possuem medo e a culpa quanto à possível infecção do bebê, como também, que a criança possa sofrer com as repercussões nas relações interpessoais, tendo em vista o estigma e estereótipos que o HIV carrega (FREIRE, 2021; MEDEIROS, 2015).

Nessa perspectiva, uma grande parcela das mulheres descobre sua condição sorológica durante o acompanhamento pré-natal ou no momento do parto, em virtude do MS, nos últimos anos, ter se investido na ampliação da triagem com testes rápidos nas consultas de pré-natal, bem como, na internação nas maternidades (BRASIL, 2019a). Neste estudo a, pode-se verificar que, das seis puérperas entrevistadas, duas descobriram sua condição sorológica para HIV durante o pré-natal, e uma puérpera relatou que seu companheiro teve o diagnóstico de HIV durante a testagem no acompanhamento de pré-natal.

Esse resultado converge com um estudo quantitativo desenvolvido em Palmas, capital do estado Tocantins, onde 48,3% das gestantes tiveram diagnóstico de HIV durante o pré-natal, destas 32,2% iniciaram o TARV apenas no terceiro trimestre de gestação (VASCONCELOS, et al., 2021). Em outro estudo realizado em Rio Branco - AC, evidenciou-se que 23,8% das

mulheres tiveram o diagnóstico do HIV no momento do parto. Ainda se observou o uso de TARV na gestação foi inferior a 90%, mesmo que já tivessem conhecimento do diagnóstico de HIV antes da gestação atual. Dessa forma, constataram-se no município de Rio Branco falhas na cascata de cuidado para a prevenção da TV do HIV, independente do cenário no qual o diagnóstico foi realizado (FEITOZA, et al., 2021).

Vale salientar que é um momento de mudanças para essas mulheres, que necessitam de uma reorganização íntima, para se reconhecer como mães e portadoras do HIV ao mesmo tempo. Demonstra-se que a condição sorológica não reduz os sentimentos positivos relacionados à gestação e ao filho, mas provoca incerteza e receios, porém a necessidade de cuidados com a própria saúde e a profilaxia da TV (BELLOTTO, 2019).

Observou-se nas entrevistas que poucos membros da rede primária conheciam o diagnóstico das puérperas e/ou dos seus companheiros. Duas puérperas relataram que não revelaram suas condições sorológicas como uma forma de proteger seus familiares, consideram que a doença está vinculada a estigmas do passado que, ainda se perpetuam e se fazem presentes na sociedade. Para tanto, a ocultação do diagnóstico se apresenta como uma forma de proteção, uma vez que essa revelação pode acontecer em um contexto onde o estigma e o preconceito, podem estar presentes, dificultando ou até mesmo impedindo que revelação aconteça (MACIEL, 2019). Isso ocorre como uma tentativa de manter a harmonia familiar, pois, as famílias ainda possuem medo de adquirir a infecção e perder o prestígio em sua comunidade (JESUS, 2017).

Em uma revisão narrativa se verificou que as gestantes com HIV apresentavam dificuldades na divulgação do status sorológico. Acreditam que seus familiares possuem opiniões e percepções negativas acerca das pessoas vivendo com HIV. Porém, mesmo com medo do estigma e preconceito revelaram seu diagnóstico, principalmente, ao companheiro, e., após aos familiares. Com isso, percebiam um maior apoio nos cuidados com o RN, por familiares do sexo feminino (QUADROS, 2017). Ainda, em estudo quantitativo, constatou-se por parte das mulheres a não realização de atividades sociais com frequência. Isso pode estar relacionado com o ocultamento do diagnóstico, ao estigma e ao preconceito que ainda permeiam as relações sociais (HAUSEN, QUADROS, BICK, CERETTA, LANGENDORF, PADOIN, 2021).

Nesse sentido, um estudo transversal realizado com 57 mulheres grávidas vivendo com HIV em Uganda buscou identificar os fatores facilitadores e a barreira na adesão à terapia antirretroviral entre mulheres grávidas. Constatou-se como fatores facilitadores para adesão à TARV, o receio de infectar o seu bebê, o apoio do seu parceiro e da família também aumentou

a adesão. Conclui-se que o apoio da família e envolvimento do parceiro são essenciais, especialmente após o nascimento do bebê e na interrupção da amamentação (BUREGYEYA et al., 2017).

Destaca-se que, no período puerperal, a mulher vivencia o retorno das alterações biológicas pré-gravídicas, mudanças emocionais, e necessidade de reorganização familiar. Soma-se a isso a angústia e a dúvida em relação ao diagnóstico do filho, ao mesmo tempo em que era compromisso materno protegê-lo contra o HIV, e ainda precisar manter o seu acompanhamento e cuidados de saúde. Entretanto, quando ocorre o ocultamento da sua condição sorológica, principalmente na rede primária, em alguns casos, a mulher não possui com quem dividir seus anseios em relação ao HIV e os cuidados necessários com a criança. Desse modo, destaca-se a importância em possuir uma rede social estruturada, considerada como uma estratégia para o enfrentamento das dificuldades nesse período ressalta-se o apoio emocional e o aconselhamento às suas demandas (PAULA, et al. 2015).

Um dos impactos que as puérperas sentem em viver com HIV é a impossibilidade de amamentar. Percebe-se esse fator como principal abalo emocional. Da mesma forma, algumas puérperas se sentem conformadas com essa impossibilidade, ao passo que outras que não encaram de forma tranquila essa condição. Para tanto, uma das competências do enfermeiro é auxiliar a puérpera nesse momento, de modo que as orientações realizadas possam reduzir a TV do HIV e, ao mesmo tempo, é importante o profissional ter sensibilidade para promover o conforto físico e o apoio emocional (LIMA, et al; 2018).

Neste estudo, aferiu-se o receio da revelação do estado sorológico das puérperas e/ou dos seus companheiros para os membros da rede primária. Em alguns casos, observou-se que a rede primária desconhecia a existência da rede secundária, ocasionando pouco suporte social para a puérpera manter os seus cuidados de saúde. Ressalta-se que o suporte do tipo emocional, fornecido pelos familiares e caracterizado pelo diálogo, auxilia na manutenção da autoestima e bem-estar das puérperas. Com isso, o incentivo ao acesso aos serviços de saúde e a articulação entre rede primária e secundária contribuem positivamente para continuidade dos cuidados de saúde (SANICOLA, 2015).

Para tanto, a rede social está sempre em movimento e os operadores de rede devem promover as interações entre as redes, ajustando-as às suas realidades. O método de intervenção de rede propõe que as redes primárias devem estabelecer uma relação de autonomia com as redes secundárias que, por sua vez, devem prestar auxílio, porém sem substituir as redes primárias, mas explorando seu potencial de protagonismo social (SANICOLA, 2015).

Na tentativa de suprir as necessidades e demandas, quando o ambiente familiar é insuficiente, as puérperas buscam apoio na sociedade em geral, neste estudo representada pelos serviços assistência especializada, unidade básica de saúde, associações comunitárias e instituições religiosas. Entretanto, as puérperas expuseram em suas falas vivências de preconceito e discriminação de forma explícita ou velada quando necessitaram acessar os serviços na atenção básica de saúde.

As atitudes dos profissionais de saúde que assistem puérperas no contexto social da epidemia do HIV refletem diretamente no bem-estar e nos sentimentos das mulheres. Desse modo, há a necessidade de acolhimento dessa puérpera pelos profissionais da saúde, pois ela pode abandonar o tratamento e evoluir para um desfecho desfavorável. A mulher que vive no contexto social da epidemia do HIV dispõe dos mesmos direitos reprodutivos daquelas que não possuem o vírus. Portanto, os profissionais não devem emitir qualquer juízo de valor em face da gravidez (MEDEIROS, et al 2018).

Há uma revisão sistemática desenvolvida na África sobre as barreiras e fatores facilitadores à utilização de medicamentos antirretrovirais para prevenção da TV do HIV. Nela, o apoio do parceiro e familiares foi identificado como um fator impeditivo ou facilitador à utilização dos antirretrovirais. Porém o estigma e o medo da revelação do diagnóstico aos parceiros é uma das barreiras para prevenção da TV. Também foram verificados problemas nos sistemas de saúde que incluíam interações fracas entre a equipe e as mulheres, falta de profissionais e acessibilidade de serviços (GOURLAY et al., 2013).

Entende-se que é importante refletir e discutir sobre a forma de gestão do trabalho nos serviços de saúde, pensando em minimizar fragilidades no atendimento de pessoas vivendo com HIV. As dificuldades encontradas pelas puérperas deste estudo podem acontecer em razão de, muitas vezes, a assistência prestada estar pautada no conhecimento que os profissionais adquirem na sua experiência laboral, por meio de aprendizados informais. Com isso, têm receio de se infectarem e muitas vezes não se sentem preparados prestar assistência (KLEINUBING, et al., 2021).

Na atenção às pessoas vivendo com HIV, o MS estimula à gestão compartilhada do cuidado, como forma de garantir a qualidade e continuidade da assistência. A gestão compartilhada entre atenção básica de saúde e serviço de assistência especializada tem como objetivo: ampliação do acesso, a vinculação aos serviços de saúde, melhorias do atendimento e do prognóstico das PVHIV. Apesar dos serviços da atenção básica de saúde corresponder à porta de entrada no sistema de saúde, inclusive às mulheres no período gravídico puerperal e

VHIV, o acesso e a coordenação do cuidado são ações ainda insuficientes (BRASIL, 2019a; KLEINUBING, et al., 2021).

As discussões sobre as redes sociais permitem elaborar um novo paradigma, sendo importante à compreensão de organização da sociedade, na qual os laços sociais se estabelecem graças a papéis instituídos e às funções a esses correspondentes. Este referencial teórico metodológico possibilita a indicação de estratégias e recursos necessários para o reconhecimento da posição ocupada pelas pessoas e/ou instituições no núcleo de relações, seja na rede social primária ou secundária. Também, possibilita indicar novas condutas e atribuições a respeito das propriedades da rede social na perspectiva de alternativas assistenciais (SANICOLA, 2015).

Ressalta-se que o contexto da pandemia da COVID-19 não era foco da pesquisa em tela, por isso não constituiu o roteiro das entrevistas. Todavia, vivenciar o puerpério durante a pandemia da COVID-19 esteve presente na fala de todas as puérperas, que expressaram o sentimento de medo da infecção pelo vírus, como também, as repercussões que restringiram suas atividades, alterando as rotinas diárias. Devido às recomendações sobre distanciamento social como forma de prevenção da COVID-19, as redes sociais se tornaram reduzidas, em razão de familiares e amigos deixarem de se fazer presentes fisicamente. As entrevistadas experienciaram o período puerperal de forma solitária, na maioria dos casos, o seu companheiro foi seu principal suporte tanto nos cuidados com o recém-nascido, como para auxiliar nos seus cuidados de saúde.

No fim 2019, em Wuhan na China, um novo vírus foi descoberto, após a investigação dos primeiros casos, o vírus foi denominado de COVID-19 ou SARS-COV-2. Com a grande quantidade de pessoas infectadas, especialistas previram o surgimento de um potencial surto da doença. O vírus apresenta, como mecanismo de transmissão, o contato direto de pessoa para pessoa ou por gotículas espalhadas pelo espirro ou tosse da pessoa infectada (BRASIL, 2020a; ROTHAN; BYRAREDDY, 2020).

Baseado nisso, medidas de prevenção foram adotadas com o objetivo de minimizar a disseminação do vírus. Dente eles, o distanciamento social onde as pessoas devem evitar aglomerações e manter uma distância mínima de um metro e meio entre os indivíduos. Em casos mais graves, é orientado o isolamento social onde as pessoas não podem sair de casa (OPAS, 2020).

Por causa das alterações fisiológicas presentes, na gestação, sobretudo as do sistema imunológico e respiratório, as grávidas foram incluídas no grupo de risco da COVID-19, juntamente com puérperas, idosos e portadores de doenças crônicas. Tais indivíduos

apresentam uma probabilidade de risco mais elevado se forem infectados (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Ainda que se tenha informações limitadas sobre a possibilidade desse tipo de acometimento do coronavírus, já existem registros na literatura de algumas complicações maternas devido à infecção como: ruptura de membranas ovulares, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão. Também há registros de algumas complicações neonatais: pneumonia, baixo peso ao nascer, asfixia, morte perinatal, erupção cutânea e coagulação intravascular disseminada (SOUZA, et al., 2020).

Evidencia-se que grande parte das gestantes infectadas com COVID-19 apresenta quadros clínicos leves ou moderados, apenas de 1 a 5% necessitam de suporte ventilatório ou cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI). O maior risco de complicações maternas ocorre principalmente no último trimestre da gravidez e no puerpério, inclusive com casos de morte materna (SUTTON et al. 2020; RASMUSSEN et al. 2020).

O MS reforçou as recomendações para prevenção da COVID-19 nas gestantes e puérperas, como as práticas de higiene, respeito ao distanciamento social e o uso máscara em lugares públicos. Durante o período de reclusão domiciliar, existem fatores que podem interferir negativamente no decorrer da gestação, são eles: o sedentarismo, sobrepeso, aumento da pressão arterial, intolerância à glicose, como também, depressão e ansiedade (BRASIL, 2020b).

O suporte social quando presente e compartilhado pelo companheiro apresenta impacto positivo auxiliando nas instabilidades emocionais nessa fase. Além disso, o apoio fornecido pelo companheiro colabora para a adaptação da mulher ao seu novo papel social, dividindo os cuidados com o recém-nascido e reafirmando o vínculo afetivo e emocional (BARALDI, 2020). Em uma investigação qualitativa desenvolvida com mulheres vivendo com HIV, foi possível observar a rede social como uma estratégia de enfrentamento do HIV. As mulheres que demonstraram maior satisfação com o suporte social apresentavam menos sintomas de cansaço e tristeza, sendo o suporte um fator protetivo (FERNANDES, MIRANDA, RODRIGUES, VASCONCELOS, 2017).

De acordo com Sanicola (2015) o primeiro círculo social, no caso deste estudo as puérperas no contexto social da epidemia do HIV, é sua própria família, onde ela deve sentir-se bem, segura e tranquila. A família tem como principal ponto o cuidado oferecido a seus membros. Essa competência tem o critério da proximidade, se manifesta quando surgem necessidades específicas, em situações de emergência.

As mulheres no período puerperal sofrem com as alterações físicas e, no seu tempo de recuperação, pode ocorrer de forma diferente, considerando a individualidade de cada ser. Além

das mudanças fisiológicas, ocorrem também as emocionais, psicológicas e sociais que envolvem a mulher e sua família em um processo de adaptação com a chegada do novo membro. A mulher assume novos papéis na sociedade, isso exige maior disponibilidade e atenção aos cuidados com o recém-nascido, demandando atenção dos serviços de saúde e da rede social em que está inserida (ANDRADE, et al., 2015; PRATES, SCHMALFUSS, LIPINSKI, 2015).

Somam-se aos cuidados e acompanhamentos de saúde por causa do HIV, tanto da puérpera como do recém-nascido exposto, em um momento de pandemia da COVID-19, sentimentos como medo e insegurança. Com todas essas modificações e demandas, as mulheres necessitam de apoio e suporte, inicialmente buscados na sua rede primária. Todas as participantes da pesquisa tiveram vínculo forte com pelo menos um familiar, geralmente o companheiro, que a ajudou com apoio material ou emocional. Assim, entende-se que o apoio fornecido às puérperas por familiares, amigos e vizinhos durante o período gravídico puerperal é de suma importância, sendo considerado um determinante na adesão e manutenção aos cuidados de saúde específica ao HIV e na prevenção do coronavírus.

Em sua teoria, Sanicola (2015) afirma que na presença das dificuldades imprevisíveis ou eventos críticos, neste estudo pode-se citar a pandemia da COVID-19, orienta-se para a partilha das necessidades. São nos momentos de dificuldade que surgem as oportunidades de consolidação dos laços já existentes ou a criação de novos laços, e as redes sociais são capazes de auxiliar no enfrentamento dessas necessidades. Observam-se situações adversas podendo gerar isolamento, fragmentação ou conflitos, conduzindo para a individualização e uma dependência em relação à necessidade que apareceu.

Algumas das puérperas entrevistadas expressaram vínculos frágeis e conflituosos, com pelo menos um familiar, verificando média densidade na rede primária, pois os membros da rede estabeleciam poucas ou nenhuma interação entre si, proporcionando individualização. Esses achados corroboram com outro estudo, em que os resultados demonstram a falta de pessoas íntimas para desabafar e contar em caso de emergências. Isso influencia na revelação de seu diagnóstico e, também, da condição de exposição da criança (HAUSEN, QUADROS, BICK, CERETTA, LANGENDORF, PADOIN, 2021).

Para tanto, em algumas situações, nas fragilidades da rede primária, as mulheres não possuem a quem recorrer, levando suas necessidades e demandas para as instituições, dentre elas: religiosas, serviços sociais, instituições de ensino e serviços de saúde, as quais compõem a sua rede secundária. São nesses espaços que as mulheres esperam obter ajuda e orientação profissional, buscando compartilhar sua problemática (SANICOLA, 2015).

Algumas das puérperas entrevistadas consideraram as instituições religiosas como fonte de suporte. Evidenciou-se em estudo desenvolvido com mulheres vivendo com HIV que o suporte ofertado por meio da religião, da família e dos amigos ajudaram a superar episódios de depressão. Nesse sentido, relataram fortes laços com Deus e com as instituições religiosas frequentando pelo menos uma vez por semana, sendo a principal motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento (JEROME, GALVAO, LINDAU, 2012). Contudo, nesse período de pandemia da COVID-19, tiveram seu vínculo interrompido pela impossibilidade de celebrações religiosas, e o adiamento de rituais e/ou crenças religiosas, como o batizado do filho.

A pandemia gerou implicações que vão além das questões de ordem clínica e epidemiológica, provocando efeitos nos campos social, econômico, político, cultural e histórico. Na pandemia, a incerteza e o medo sobre o controle e a gravidade da doença geraram situações estressantes. Soma-se a desinformação e o receio das gestantes de serem contaminadas pelo COVID-19 e poder ter algum agravante na gestação. A rede social auxilia fornecendo suporte material, nas tarefas domésticas, orientações e apoio emocional. Destaca-se essa rede como uma estratégia eficiente para alcançar o bem-estar psíquico e social, principalmente durante o período gravídico e puerperal, único na vida da mulher e de sua família. Todos esses fatores como: incertezas, medos e restrições na rede social acarretados pela pandemia, podem facilitar o aparecimento de crises de ansiedade (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

Uma das entrevistadas relatou que precisou ficar um período durante a gestação internada no hospital devido Trabalho de Parto Prematuro. Em consequência da pandemia de COVID-19, não pode receber visitas do seu filho mais velho. E, por esse motivo, desencadeou crises de ansiedade. Mencionou que nunca tinha ficado tanto tempo afastada do menino, sua rede primária se reorganizou para acompanhá-la na internação e manter os cuidados do menino. Outras duas puérperas entrevistadas expuseram a necessidade de um acompanhamento psicológico desde o pré-natal devido a todas as modificações do período gravídico puerperal, acrescidos os cuidados e o estereótipo de viver com HIV, e as incertezas geradas pela pandemia.

Visando garantir a segurança de mães e recém-nascidos internados em estabelecimentos hospitalares, o MS estabeleceu uma medida de contenção temporária. Ficou estabelecido que: os acompanhantes não podem ser de grupo de risco, não podem estar com sintomas de síndrome gripal e deverão ser submetidos à triagem clínica no momento da internação da gestante ou puérpera. As visitas hospitalares devem ser suspensas, independentemente da confirmação para COVID-19, como medida de prevenção (BRASIL, 2021).

Surgiram novas demandas para os profissionais da saúde em consequência da pandemia, como as constantes mudanças que estão ocorrendo nos serviços de saúde. Ressaltam-se os desafios encontrados para gestão e assistência do cuidado, sendo necessário o planejamento de estratégias. Dentre elas: reorganização do fluxo da rede; acompanhamentos e orientações virtuais (teleconsultas); triagem de classificação de risco. Casos de consultas e procedimentos de rotina durante o pré-natal das gestantes com sintomas da síndrome gripal devem ser adiados por 14 dias (BRASIL, 2020b).

A maior parte das mulheres no momento da entrevista relatou que a pandemia potencializou fragmentação nas redes sociais. Isso se justifica mediante a necessidade do isolamento social, levando ao distanciamento físico das pessoas. Para tanto, buscaram auxílio da tecnologia como uma estratégia para minimizar as limitações e a distância entre os membros da rede social, como os vídeos chamados e teleconsultas.

Com o avanço da COVID-19, os serviços de saúde precisaram adaptar suas práticas. Na assistência de enfermagem, foram utilizadas algumas estratégias buscando a efetivação do cuidado. Por meio da Resolução Cofen no 634/20203, a assistência de enfermagem pode ser repensada e estruturada, como a realização de teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia (COFEN, 2020).

Nesta perspectiva, um estudo descreve a experiência de enfermeiras da atenção básica que realizaram o acompanhamento de usuários do serviço com Doença Crônica Não Transmissível durante a pandemia da COVID-19. A utilização da tecnologia móvel apresentou-se como estratégia viável, com a criação de grupos pelo aplicativo Whatsapp®. Dessa forma, realizaram acompanhamento dos usuários com hipertensão ou diabetes, orientações prescritas no tratamento e práticas preventivas para a não contaminação do coronavírus. A tecnologia móvel assegurou o distanciamento social, e os auxiliou na diminuição de inquietações e inseguranças (NEVES, et al., 2020).

Durante as entrevistas, podem-se perceber as dificuldades enfrentadas pelas puérperas quando procuraram atendimento nos serviços de saúde durante a pandemia, como por exemplo, alguns atendimentos realizados nos ambulatórios do HUSM, suspensos temporariamente. Sendo assim, as mesmas precisaram buscar atendimento nas unidades básicas de saúde, onde vivenciaram situações de preconceito e despreparo dos profissionais na abordagem de pessoas vivendo com HIV. Para tanto, os acompanhamentos de rotina, como as consultas com o infectologista, foram agendados com períodos mais prologado entre as consultas.

Verificou-se nas falas das puérperas que a rede secundária se encontra desestruturada, com poucas interações entre os seus membros, causando desgaste e descontinuidade na assistência

à saúde. De acordo com Sanicola (2008), a rede social pode livrar seus membros da dependência, pelo conhecimento de suas necessidades individuais e coletivas. Quando as pessoas procuram umas às outras em situações de dificuldade, confiando e buscando em conjunto não apenas a compreensão dos problemas, mas, a obtenção de soluções, ocasiona-se autonomia pessoal.

No entanto, a crise mundial disparada pela COVID-19 colocou sistemas de saúde em colapso. No Brasil, a força de trabalho dos profissionais de saúde apresentou inúmeros problemas estruturantes inviabilizando processos de trabalho; apresentando divergências entre as categorias profissionais de saúde; aumentando as jornadas de trabalho; reestruturando fisicamente os serviços de saúde; aumentando a demanda dos serviços (DEVANE, et al., 2020).

A atenção ao ciclo gravídico puerperal no contexto brasileiro já apresentava fragilidades anteriores à pandemia, intensificando-se durante a crise sanitária, com grave ameaça aos direitos sexuais e reprodutivos. Essa situação requer dos profissionais e serviços de saúde rápida adaptação, em razão da velocidade de publicação e mudança dos protocolos que talvez nem sempre virá acompanhada das práticas baseadas em evidências, na humanização e nos direitos das mulheres (STOFEL et al., 2021; ESTRELA, et al., 2020).

Em um estudo de revisão sobre as diretrizes de assistência às gestantes e recém-nascidos em face da pandemia da COVID-19, demonstrou-se que não há consenso entre as práticas adotadas nos diferentes países. Para tanto, as recomendações se alteram entre países, pois cada um pode priorizar seguir os órgãos governamentais de saúde local ou as organizações internacionais (DEVANE, et al., 2020).

Salienta-se que as discussões e reflexões sobre a pandemia exigem dos profissionais e dos serviços de saúde o bom senso e a individualização dos casos, valorizando o encorajamento e a utilização de boas práticas no parto e nascimento. Leva-se em consideração o desejo e as condições clínicas da mulher, as adequações do espaço físico, utilização das recomendações de biossegurança para reduzir a chance de transmissão da COVID-19. Nesta perspectiva, os profissionais da saúde devem buscar pela subjetividade e autonomia da mulher, para além da necessidade clínica, incorporando à integralidade e articulação de suas ações de forma humanizada (MASCARENHAS, et al., 2020; OMS, 2018).

8 CONCLUSÃO

Para atingir os objetivos da pesquisa, utilizou-se a abordagem qualitativa e analítica, e o referencial teórico da Rede Social de Sanicola (2015), o que permitiu a compreensão da dinâmica relacional das puérperas no contexto social da epidemia do HIV. Com isso, possibilitou-se a identificação das pessoas e recursos das quais a puérpera dispõe e podem auxiliar no cuidado da sua saúde, seja no âmbito primário (família, parentes, vizinhos, amigos e colegas) ou secundário (órgãos de atenção saúde, assistência social, justiça entre outros). Esses constituem subsídios para o desenvolvimento de intervenções articuladas na atenção à saúde dessa população.

As puérperas que vivem no contexto social da epidemia do HIV, entrevistadas nesta pesquisa, apresentaram um perfil sociodemográfico com características vulneráveis, evidenciadas pela baixa renda familiar em torno de um salário mínimo, assim como, pela restrição nas relações com membros de sua rede social primária ou secundária, influenciada pela pandemia de COVID-19. Em relação ao perfil, a maioria das puérperas possuíam entre 22 a 28 anos, se declararam de cor branca 4 (quatro) e 2 (duas) como preta. No que se refere à escolaridade verificou-se uma diversidade entre as puérperas: 01 (uma) declarou ter o Ensino Superior Incompleto, 02 (duas) Ensino Médio Completo, enquanto 01 (uma) das entrevistadas possui o Ensino Médio Incompleto, outra 01 (uma) possui Ensino Fundamental Completo e 01 (uma) Ensino Fundamental Incompleto. Quanto à relação conjugal, todas referiram que convivem com companheiro.

A rede social primária das puérperas no contexto social da epidemia do HIV apresentou-se de média amplitude (com dez a trinta membros), com quem elas mantêm um convívio diário. Além disso, as redes sociais de 3 (três) puérperas foram classificadas com média densidade, e de 2 (duas) puérperas de baixa densidade, em função dos membros da rede primária, como os parentes (pai, mãe, irmãos, tios, avós, sogros, cunhados, filhos e companheiro), além dos amigos e vizinhos, estabelecem poucos relacionamentos entre si. Em relação à rede social secundária, foi considerada de baixa amplitude (até dez membros) e composta por hospital de referência, APS, SAE e instituições religiosas, também apresentou baixa densidade devido às poucas interconexões entre as pessoas que fazem parte da rede.

Em relação à intensidade da rede social, apresentam-se as relações de intercâmbio entre as puérperas e os membros da rede. Em geral as entrevistadas tiveram boas relações de troca tanto com a rede primária, como com a rede secundária, em algumas situações tiveram alguns

conflitos com a rede secundária. Entre parentes, amigos, colegas e vizinhos, estas puérperas encontraram suporte do tipo emocional, afetivo e material. Enquanto, as instituições de saúde auxiliaram, principalmente, com a disponibilidade nos serviços assistenciais e suporte informativo.

Observa-se que o indicador de proximidade e distância afetiva tiveram algumas particularidades e considerações sobre a rede social das puérperas. Verificou-se um grau de intimidade, manifestando grande proximidade com o companheiro e com os filhos. Também familiaridade, principalmente, com a mãe, sogra e irmãs, membros da rede social que auxiliam nas tarefas diárias e nos cuidados com as crianças, o que contribuiu para puérpera manter seus cuidados de saúde.

No que diz respeito à proximidade física entre as puérperas e os membros da sua rede, constatou-se que a pandemia de COVID-19 potencializou o distanciamento entre os membros da rede social primária e secundária. Em razão da pandemia, somente os membros da rede que moravam junto tiveram maior proximidade física com a puérpera. Os seus parentes, amigos ou vizinhos mantiveram um contato por via telefônica, isso dificultou a reorganização familiar, bem como, a continuidade dos cuidados de saúde. Da mesma forma, os membros da rede secundária, como os serviços saúde e instituições religiosas, em alguns momentos, tiveram serviços suspensos temporariamente por causa da pandemia, mas conseguiram estabelecer vínculos pela atenção e assistência prestada.

Conforme a fala das puérperas, alguns membros da rede social primária e secundária revelaram-se como operadores de rede social, prestando diferentes formas de apoio à puérpera. Na rede social primária, o companheiro, se tornou o principal operador natural da rede, fornecendo suporte emocional, afetivo, material e ajudando nas tarefas diárias e nos cuidados com o recém-nascido. Em alguns casos, o companheiro auxiliou a puérpera a manter interações com a rede primária, saindo de um posicionamento de individualidade e dependência em direção à autonomia e partilha. Com os resultados do estudo em tela, reafirma-se que a rede social primária estruturada é um fator de proteção para puérpera manter os seus cuidados de saúde.

Na rede secundária, em alguns casos, foi possível verificar uma dependência da puérpera em relação aos serviços de saúde, hospital de referência, APS, SAE, principalmente, pela falta de orientações e esclarecimento sobre o tratamento e cuidados de saúde. Nesses estabelecimentos, destacaram-se como operadores de rede a farmacêutica, enfermeiras e médicos, porém de modo restrito, quando se considera que o tipo de suporte fornecido foi informativo.

Torna-se fundamental os profissionais se envolverem na assistência às puérperas em prol de sua autonomia. Devem auxiliar na busca por outras pessoas e/ou instituições que possam apoiá-las em diferentes perspectivas para continuidade dos cuidados de saúde.

A transformação dos quadros de individualidade e dependência só será possível com o comprometimento e inserção dos operadores de rede social. Como observado neste estudo, o enfermeiro pode acompanhar constantemente a puérpera junto com a sua rede social, auxiliando na manutenção de alguns vínculos favoráveis para continuidade dos seus cuidados de saúde, e sua autonomia. O desenvolvimento do mapa de rede social é uma proposta para que os enfermeiros possam conhecer os membros da rede e entender as articulações e vínculos, neste estudo entre as puérperas no contexto social da epidemia do HIV e os membros da rede. Ainda, exerce influência na percepção das puérperas em relação a sua rede social, pois sempre haverá pessoas ou instituições que possam prestar-lhe suporte.

Com o desenvolvimento deste estudo, foi possível conhecer e explorar a rede social das puérperas no contexto da epidemia do HIV e os operadores/ajudantes nessa rede que as apoiam, nos quais elas reconhecem suas relações e vínculos mais significativos, visando à partilha e à autonomia dessas mulheres. Foi possível compreender que quando a puérpera tem apoio do companheiro, da mãe, de outros membros da rede, isso determina um efeito protetor para os cuidados à saúde e, quando tem ruptura por conta do preconceito, da discriminação e pela potencialização do isolamento social pela pandemia, ocorre a vulnerabilização da puérpera.

Desse modo, a discussão do mapa de rede social é uma possibilidade assistencial, contribuindo para o planejamento de ações no enfrentamento da doença, desde mudanças na prática clínica de profissionais que podem influenciar positivamente na continuidade dos cuidados de saúde e aumentar a manutenção de hábitos saudáveis.

Recomenda-se a utilização deste referencial para novas pesquisas no âmbito da saúde. O mapa de rede social pode ser empregado como uma possibilidade de ensino, de intervenção para os futuros profissionais enfermeiros atuantes nos atendimentos às mulheres no ciclo gravídico puerperal. Essa intervenção articula vários elementos da sociedade, auxiliando as puérperas a acessarem pessoas e instituições que possam ajudá-las e que consigam afastar-se quando a puérpera encontra autonomia para a realização dos seus cuidados de saúde, sendo um determinante para o alcance da independência.

Ressalta-se que a coleta de dados ocorreu em período de pandemia da COVID-19, esse fator dificultou o acesso às participantes do estudo, mesmo assim, várias estratégias foram realizadas durante a coleta de dados a fim de minimizar as dificuldades. Os resultados foram suficientes para corresponder ao objetivo do estudo, os seis mapas de rede social são

convergentes e apresentam possibilidades para o uso na prática assistencial. É importante mencionar a falta de estudos vinculados ao quadro teórico de suporte social para essa população. Avaliações semelhantes podem servir como um subsídio para melhoria da assistência à saúde prestada a essas mulheres.

REFERÊNCIAS

AIROSA, S.; SILVA, I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, estresse e suporte social na maternidade. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 1, p. 64-77, 2013.

ANDRADE, D. R. S.; LORENZINI, E.; SILVA, E. F. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 94-100, 2014.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 7, n. 4, p. 925-34, 2002.

ANDRADE, R.D *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery [Internet]**, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.

ALVARENGA, W. A. **Cuidar da criança exposta ao vírus da imunodeficiência humana: uma trajetória de apreensão**. 2014. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

ARAGÃO, E. I. S. *et al.* Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. **Psicologia & foco**. Aracaju, v. 2, n. 1, p. 79-90, 2009.

ARAÚJO, L. A.; REIS, A.T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ARAÚJO, C. L. F. *et al.* A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**. v. 18, n. 1, p. 82-9, 2014.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 52-61, jun. 2001

BARALDI, N. G.; VIANA, A. L.; CARLOS, D. M.; SALIM, N. R.; PIMENTEL, D. T. R.; STEFANELLO, J. O significado da rede de suporte social para mulheres em situação de violência e amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, 2020.

BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**. v. 37, n. 96, p. 130-7, 2013.

BELLOTTO, P. C. B.; LOPEZ, L. C.; PICCINNI, C. A.; GONÇALVES, T. R. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: Bases de ação programática**. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985, que institui**

programa de controle da SIDA ou AIDS. Brasília, DF, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.** Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos.** Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 993/GM em dezembro de 2000.** Altera a lista de notificação compulsória e dá outras providências. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS II Relatório de Implementação e Avaliação – Dezembro de 1998 a maio de 2001,** Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2104 de 19 de novembro de 2002.** Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres.** Brasília: DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST.** Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso.** (Série Manuais, n. 46). Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico.** Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Instituí, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e hepatites virais. **Política Brasileira de Enfrentamento da aids: resultados, avanços e perspectivas.** Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012.** Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Portaria Nº 29, DE 17 de dezembro de 2013.** Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica – guia para gestores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a equipe multiprofissional.** Brasília: DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso.** Brasília, DF, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV.** Brasília, DF, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016c.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto, Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS - Manual de Prevenção CRT - DST/AIDS.** CCD., Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos.** Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Nota **Técnica 01/2019 - SES/DAS/CE ISTAIDS**. Coordenação Estadual de IST/Aids, Coordenação de Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Criança e Atenção Básica, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids - DST**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**. 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BOCCACIN, L. Le reti familiar e social. In: ROSSI, G. (org.). **Lezioni de sociologia della famiglia**. Roma: Carocci, 2001.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v. 2, n. 1, p. 83-94, 1994.

BORGES, M. R.; AZEVEDO, V. M. G. O.; MADEIRA, L. M. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Rev. min. Enferm**, v.15, n.1, p. 105-13, 2011.

BRITO, A. M.; CASTILHOS, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Brasília**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

BRONDANI, J.E. *et al.* Desafios da referência e contra referência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016.

BUREGYEYA *et al.* Facilitators and barriers to uptake and adherence to lifelong antiretroviral therapy among HIV infected pregnant women in Uganda: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 17, n. 94. 2017.

BURILLE, A.; GERHARDT, T.E. Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. **Physis**, v. n. 3, p. 1-19, 2018.

CALDAS, M. A. G. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção pelo HIV. **Rev RENE**, v.16, n.1, p.29-37, 2015.

CALDAS, M. A. G. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção pelo HIV. **Rev RENE**, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2015.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO A. S. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. 2 ed. Rio de Janeiro: Agir; 1987.

CARVALHO, C.M.L.; GALVÃO, M.T.G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 90-7, 2008.

CARVALHO, F. T. *et al.* Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV. **Cochrane Database Syst. Rev. [Internet]**, v. 7, n. 9, p. 1-35, 2011.

CARVALHO, C.M.L. **Avaliação prospectiva de parâmetros de saúde importadores do HIV durante consulta de enfermagem**. 2010. 125p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

CHAMBERS, L. A.; RUEDA, S.; BAKER, D. N.; WILSON, M. G.; DEUTSCH, R.; RAEIFAR, E.; ROURKE, S. Stigma, HIV and health: A qualitative synthesis. **BMC Public Health**, v. 15, n. 848, p. 1-17, 2015.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. v. 38, p. 300-14, 1976.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 634, de 26 de Março de 2020**. Resolução autoriza teleconsulta de enfermagem durante a pandemia. Diário oficial da união [Internet], Brasília (DF). 2020.

COSTA, V. T. **Adesão ao tratamento dos adultos jovens com HIV/aids em um serviço de assistência especializada**. 2016. 316p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2016.

CUNHA, G.H. **Influência do suporte social sobre parâmetros de saúde de pessoas vivendo com HIV/aids**. 2014. 143p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

DATASUS, S. I. M: Sistema de Informação sobre Mortalidade. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Brasília, DF, 2017.

DESOUZA, A. D.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Relacionamentos de amizade e coping entre jovens adultos. **Psic.: Teor. e Pesq.** v. 28, n. 3, p. 345-56, 2012.

DEVANE, D.; KELLIE, F.; FINUCANE, E.; BEECHER, C.; HANRAHAN, V.; PAPAGEORGHIU, A. T.; ALFIREVIC, Z. COVID-19 review of national clinical practice guidelines for key questions relating to the care of pregnant women and their babies. **Cochrane pregnancy and childbirth**, 2020.

DURGANTE, V. L. **Disponibilidade e satisfação com o suporte social às pessoas com aids** 2012. 179p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

EPSTEIN, S. **Impure Science: AIDS, activism, and the politics of knowledge**. Berkeley: University of Califórnia Press, 1996.

ESTRELA, F. M.; SILVA, K. K. A.; CRUZ; MONIKY, A. G.; PEREIRA, N. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Rev Saúde Coletiva**. v. 30, n. 2, p. 1-5, 2020.

FARIA, E. R. *et al.* Gestação e HIV: Preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal. **Psic Teor e Pesq**. v. 30, n. 2, p. 197-203, 2014.

FEITOZA, H. A. C. *et al.* Avaliação das oportunidades perdidas no controle da transmissão vertical do HIV em Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.

FERNANDES, P. K.R. S.; MIRANDA, K. C. L.; RODRIGUES, D. P.; VASCONCELOS, L. D. P. HIV diagnostic disclosure in prenatal care: women's difficulties and coping strategies. **Rev Enferm UERJ**. v. 25, 2017.;

FIGUEIREDO-JÚNIOR, A. M.; SILVA, S. C. S.; LIMA, G. L. O. G.; PIMENTA, B. S.; MENDONÇA, E. F.; COSTA, E. G. S. Perfil epidemiológico de gestantes/puérperas soropositivas para o HIV em uma maternidade de referência em Belém-PA. **REAS/EJCH**. v. 11, n. 14, 2019.

FIUZA, M.L.T. **Religiosidade, adesão e qualidade de vida em pessoas com HIV/aids em terapia antiretroviral** 2012. 80p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

FREIRE, D. A.; OLIVEIRA, T. S.; CABRAL, J. R.; ANGELIM, R. C. M.; OLIVEIRA, D. C.; ABRÃO, F. M.S. Representações sociais do HIV/AIDS entre gestantes soropositivas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 55, 2021.

FERNANDES, P. K.R. S.; MIRANDA, K. C. L.; RODRIGUES, D. P.; VASCONCELOS, L. D. P. HIV diagnostic disclosure in prenatal care: women's difficulties and coping strategies. **Rev Enferm UERJ**. v. 25, 2017.;

FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 15, dez., 2008.

FREIRE, D. A. *et al.* Análise bibliométrica acerca da transmissão vertical do HIV. Revista Eletrônica Acervo Saúde. **Electronic Journal Collection Health**, v. sup, n. 51, 2021.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GALVÃO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MACHADO, J.M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 430-437, 2004.

GALVÃO, M.T.G.; PAIVA, S.S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1022-7, 2011.

GALVÃO, M.T.G. *et al.* Condições sociodemográfica, materna e clínica de crianças expostas ao vírus da imunodeficiência humana. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, p. 78-88, 2014.

GARCIA, E. S. G. F.; LEITE, E. P. R. C.; NOGUEIRA, D. A. Assistência de Enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 7, n. 10, p. 5923-8, 2013.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 4, p. 470-75, 2015.

GOURLAY A.; BIRDTHISTLE I.; MBURU G.; IORPENDA K.; WRINGE A. Barriers and facilitating factors to the uptake of antiretroviral drugs for prevention of mother-to-child transmission of HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review. **Journal of the International AIDS Society**. v. 16, n. 18588, 2013.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GUERREIRO, E. M. *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 1, p. 13-21, 2014.

HASKINS, L. J.; PHAKATH, S. P.; GRANT, M.; MNTAMBO, N.; WILFORD, A.; HORWOOD, C. M. Fragmentation of maternal, child and HIV services: A missed opportunity to provide comprehensive care. **Afr J Prim Health Care Fam Med**, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2016

HAUSEN, C. F.; QUADROS, J. S.; BICK, M. A.; CERETTA, P. S.; LANGENDORF, T. F.; PADOIN, S. M. M. Familiares de crianças expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana: satisfação com o suporte social. **Rev Rene**. v. 22, 2021.

HOLANDA, E. R. *et al.* Análise espacial da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana entre gestantes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]**, v. 23, n. 3, p. 441-449, 2015.

HOLANDA, E. R.; GALVÃO, M. T. G.; PEDROSA, N. L.; PAIVA, S. S.; ALMEIDA, R. L. F. Spatial analysis of infection by the human immunodeficiency virus among pregnant women. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 441-449, 2015.

JEROME, J.; GALVAO, M. T. G.; LINDAU, S. T. Brazilian mothers with HIV: experiences with diagnosis and treatment in a human rights based health care system. **AIDS Care**. v. 24, n. 4, p. 491-495, 2012.

JESUS, M. C. P. **A pesquisa fundamentada na fenomenologia social de Alfred Schütz**, Curitiba: Texto e Contexto, 2013.

JESUS, M. C. P.; CAPALBO, C.; MERIGHI, A. B.; *et al.* A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 736-41, jun., 2013.

JESUS, G. J.; OLIVEIRA, L. B.; CALIARI, J. S.; QUEIROZ, A. A.; GIR, E.; REIS, R. K. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.

KLEINUBING, R. E.; LANGENDORF, T. F.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C.C. Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, 2021.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (org.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. 1. Ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016.

LANDIM, D. M. P.; SARMENTO, S. S.; FILHO, C. C. S.; CRUZ, N. M.; MOURA, L. A.; OLIVEIRA, L. M. S. R. Itinerário terapêutico: a busca por cuidados de mães cujos filhos faleceram com menos de um ano. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 8, p. 3, p. 4803-12, 2016.

LANGENDORF, T.F. *et al.* Rede de apoio das gestantes e puérperas na profilaxia transmissão vertical do HIV: revisão integrativa. **Evidentia (Granada)** v. 10, n. 43, p. 01-07, 2013.

LANGENDORF, T. F. *et al.* Compreensão do vivido do ser-casal diante da profilaxia da transmissão vertical do HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 70-76, 2015.

LAVEZZO, F.; DE FREITAS, G. M.; RODRIGUES, D. G.; BRAZ, M. M. Caracterização da rede de apoio psicossocial dos pacientes soropositivos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 94-98, 2019.

LENZI, L.; TONIN, F. S.; SOUZA, V. R.; PONTAROLO, R. Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 34, 2018.

LIMA, C.N.; RÊGO, H. C. L. J.; MORAES, L. P. Aleitamento materno: a visão das puérperas soropositivas para HIV e HTLV quanto a não amamentação. **Revista Nursing**. v. 22, n. 48, p. 2520-2523, 2018.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635-56, 2015.

LIMA S. S. *et al.* HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. **Ciência & Saúde**. v. 10, n. 1, p. 56-61, 2017.

LOWENBERG, J. S. Interpretative research methodology: broadening the dialogue. **Adv. Nurs. Science**, v. 16, n. 2, p. 57-69, 1993.

MACEDO, M. R. *et al.* Crianças expostas à transmissão vertical do HIV: seguimento incompleto e sua possível implicação no desfecho. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 73-80, 2013.

MACIEL, K. L.; MILBRATH, V. M.; IRMGARD, B. G. R.; FREITAG, V. L.; SOUZA, S. M.; ALVES, S. B. VIH/SIDA: una mirada a las percepciones de quien vive con el diagnóstico. **Rev Cuid**. v. 10, . n. 3, 2019.

MAHAJAN, A. P.; SAYLES, J. N.; PATEL, V.A.; REMIEN, R. H.; SAWIRES, S. R.; ORTIZ, D. J.; SZEKERES, G.; COATES, T. J. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. **AIDS**, v. 22, n. 2, p. 67-79, 2008.

MAHITI, G. R.; MKOKA, D. A.; KIWARA, A. D.; MBEKENGA, C. K.; HURTIG, A. K.; GOICOLEA, I. Women's perceptions of antenatal, delivery, and postpartum services in rural Tanzania. **Glob Health Action**, v. 8, p. 28567, 2015.

MARCHI, M. C. **Suporte social e adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que vivem com HIV/aids**. 2014. 82p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

MARÔCO, J. P. *et al.* Adaptação transcultural Brasil-Portugal da Escala de satisfação com o suporte social para estudantes do ensino superior. **Psicologia reflexão e crítica**. v. 27, n. 2, p. 247-56, 2014.

MASCARENHAS, V.H.A.; CAROCI-BECKER, A.; VENÂNCIO, K. C. M. P.; BARALDI, N. G.; DURKIN, A. C.; RIESCO, M. L. G. Recomendações assistenciais à parturiente, puérpera e recém-nascido durante a pandemia de COVID-19: revisão de escopo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 28, 2020.

MCDONALD, K., *et al.* Chronic disease self-management by people with HIV. **Qualitative Health Research**, v. 26, n. 6, p.863-70, 2016.

MELO, E. S.; ROZENDO, C. A.; ARGOLO, J. G. M.; QUEIROZ, A. A. N.; G. I. R. E.; REIS, R. K. Mecanismos de enfrentamento utilizados por mulheres vivendo com HIV/aids. **Rev Cubana Enferm [Internet]**, 2017.

MELO, L. P.; CORTEZ, L. C. A.; SANTOS, R. P. Is the chronicity of HIV/AIDS fragile? Biomedicine, politics and sociability in an online social network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, 2020.

MELO, M. R. *et al.* Conhecimento de homens sobreo trabalho de parto e nascimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Recife, v. 19, n. 3, p. 454-459, jul./set., 2015.

- MEDEIROS, D. S.; JORGE, M.S. B.. A invenção da vida na gestação: viver com HIV/AIDS e a produção do cuidado. **Revista Latino-Americana**, n. 30, p. 242-261, 2018.
- MEDEIROS, A. P. D. S.; ARAÚJO, V. S. A.; MORAES, M. N.; ALMEIDA, A. S.; ALMEIDA, J. N.; DIAS, M. D. Pregnant women's experience of being seropositive for HIV/AIDS: prejudice, pain, trauma and suffering at the discovery. **Rev Enferm UERJ**. v. 23, n. 3, p. 362-367, 2015.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. **Texto contexto – enferm**, v.17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MERIGHI, M. A. B. Fenomenologia. In: MERIGUI, M. A. B; PRAÇA, N. S. (org.). **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.
- MIRANDA, A. E. *et al.* Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cad. Saúde Pública [internet]**, v. 32, n. 9, 2016.
- MOURA, A. C. O. M. **(Re)construindo a experiência de mulheres com HIV/AIDS no grupo de apoio do CRASE, em Governador Valadares, MG**. 2005. 141p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- NEVES, D. M.; MOURA, G. S. M.; GERMANO, S. N. F.; CACIANO, K. R. P. S.; SOUZA FILHO, A.; OLIVEIRA, H. M.; CORDEIRO, P. M.; GARRIDO, M. S. Tecnologia móvel para o cuidado de Enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Enferm. Foco**, v. 11, p. 160-166, 2020.
- NÓBREGA, V. M. *et al.* Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Rev. Eletr. Enf**, v. 12, n. 3, p. 431-40, 2010.
- OLIVEIRA, C. S. *et al.* Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Rev Gaúcha Enferm**, v.3 6, n. esp., p. 16-23, 2015.
- OLIVEIRA, J. F. B.; RODRIGUES, D. P.; QUIRINO, G. S. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev. RENE**, v. 13, n. 1, p.74-84, 2012.
- OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v. 25, sup2, p. 259-268, 2009
- OLIVEIRA, M. R.; DESSEN, M. A. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estud Psicol**. v. 29, n. 1, p. 81-8, 2012.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). **Portal Eletrônico OPAS Brasil**; 2020.

PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; RIBEIRO, T. P. ROMANINI³, R. M.; RIBEIRO, A. C. Vulnerabilidade materno-infantil: fatores de (não) adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 443-452, jul./set., 2011.

PAIS-RIBEIRO J L. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, v. 3, n. 17, p. 547-58, 1999.

PAIVA, S. S. **Distribuição espacial e determinantes sociais de saúde na população com aids do Ceará**. 2013. 145p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

PAULA, C. C. *et al.* Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 468-72, 2014.

PAULA, M. G.; DELL'AGNOLO, C. M.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Enfrentamento de puérperas HIV positivas relacionado ao ato de não amamentar. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 17, n. 1, p. 136-142, jan./mar., 2015.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 16, n. 2, p. 324-327, 2008.

PEDROSA, S. C.; FIUZA, M. L. T.; CUNHA, G. H.; REIS, R. K.; GIR, E.; GALVÃO, M. T. G.; CARVALHO, A.F. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, 2016.

PEQUENO, C. S.; MACEDO, S. M.; MIRANDA, K. C. L. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. **Rev. bras. enferm. [online]**. v. 66, n. 3, p. 437-441, 2013.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008

POPIM, R. C. **O cuidador na ação cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz**. 2001. 122 f. Tese (Doutorado). – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2001.

PERRY, B. L.; PESCOSOLIDO, B. A. Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. **Social Science & Medicine**, v.125, p. 116–128, 2015.

PORTER, K. A. *et al.* Understanding the intersection of young age, mucosal injury, and HIV susceptibility. **AIDS Research and Human Retroviruses**, v. 32, n. 10-11, p. 1149-1158, 2016

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Esc Anna Nery [Internet]**. v. 19, n. 2, p. 310-315, 2015.

QUADROS, J. S. **Suporte social às mulheres vivendo com hiv**: repercussões no período gravídico puerperal. 2016.74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

QUADROS, J. S.; HAUSEN, C. F.; REIS, T. L. R.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M. Suporte social de gestantes com hiv: revisão narrativa. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 3, p. 504-515, jul./set., 2017.

QUADROS, J. S. *et al.* Social support perceived by pregnant and puerperal women with HIV: A cross-sectional study. **av.enferm.**, v. 39, n. 1, p.74-83. fev., 2021.

RIBEIRO, A. F.; VERAS, M. A. de S. M.; GUERRA, M. A. T. Epidemiologia. In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

RAEL, C. T.; CARBALLO-DIÉGUEZ, A.; NORTON, R.; THORLEY, E.; GIGUERE, R.; SHEINFIL, A. *et al.* Identifying strategies to cope with HIV-related stigma in a group of women living with HIV/AIDS in the Dominican Republic: a qualitative study. **AIDS Behav**. v. 21, n. 9, p. 2589-99, 2017.

RAHIM, S. H.; GABATZ, R. I. B.; SOARES, T. M. S. *et al.* Gestantes e puérperas soropositivas para o hiv e suas interfaces de cuidado. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, p. 4056-64, out., 2017.

RASMUSSEN, S.A.; SMULIAN, J.C.; LEDNICKY, J.A.; WEN, T. S.; JAMIESON, D.J. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. **Am J Obstet Gynecol**. v. 222, n. 5, p. 415-426, 2020.

RIVERA-LEDESMA, A.; MONTERO-LÓPEZ, L.; ASTUDILLO-GARCÍA, C. I. Escala desoporte social de Tagaya, Okuno, Tamura y Davis: propiedades psicométricas en adultos mayores. **Diversitas. perspect. psicol [Internet]**, v. 9, n. 2, 2013.

ROCHA, G. S. A.; ANGELIM, R. C. M.; ANDRADE, Â. R. L.; AQUINO, J. M.; ABRÃO, F. M. S.; COSTA, A. M. Nursing care of hiv-positive patients: considerations in the light of phenomenology. REME: **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 19, n. 2., 2015.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA J. Silenciosa conveniência: mulheres e AIDS. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.** v. 11, p. 119-141, 2013.

RODRIGUES, M. A.; SEIDL, E. M. F. Apoio social a pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental com um familiar. **Estud psicol [internet]**. v. 30, n. 4, p. 619-28, 2013.

ROSAS, A.M.M.T.F. **O ensino da atividade assistencial- consulta de enfermagem**: o típico da ação intencional. 2003. 180 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro EEAN, Rio de Janeiro, 2003.

ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S.N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **J Autoimmun.** v. 109, n. 102433, 2020.

SABINO, E. C.; BARRETO, C. C.; SANABANI, S. S. **Etiologia e Subtipos do HIV.** In: VERONESI, R; FOCACCIA, R. (org.) **Tratado de Infectologia.** 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social.** Tradução: Durval Cordas. São Paulo: Veras Editora, 2015.

SANTOS, W.J. **Aspectos psicossociais na adesão ao tratamento de pessoas com HIV/aids: o uso do genograma para o conhecimento da rede familiar.** 2011. 196p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SANTOS, W.M.S. **A relação entre suporte social e autoeficácia em adultos submetidos à terapia antirretroviral.** 2014. 44p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

SANTOS, S. M. P.; RODRIGUES, J. O.; SANTOS, L. V.; LIRA, L. C. S.; SILVA, U. B.; SOUZA, L. B. Assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal: Avaliação da acessibilidade na atenção básica. **Cogitare enferm,** v. 21, n. 1, p. 01-10, 2016.

SANTOS, W. M.; PADOIN, S.; MAGNAGO, T.; DALMOLIN, G.; ZUGE, S. Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV. **Scientia Medica,** v. 25, n. 2, 2015.

SCHÜTZ, A, **1899-1959. Sobre fenomenologia e relações sociais.** Edição e organização Helmut T. R. Wagner; tradução de Raquel Weiss. Petrópolis: Vozes, 2012.

SILVA, R. T S. **Estratégias de enfrentamento de pessoas vivendo com aids frente à situação da doença.** 2014. 102p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014a.

SILVA, S. S. E. **Narrativas de gestantes que vivem com o HIV/aids: contribuições para o cuidar em enfermagem.** 2014. 89p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2014b.

SILVA, A. L. C. N. **Convivendo com a Aids e seu tratamento: experiência de portadores e familiares.** 2007.108p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

SILVA, R. M. O.; ARAÚJO, C. L. F.; PAZ, F. M. T. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery.** v. 12, n. 4, p. 630-6, 2008.

SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual. **Rev enferm UFPE on line.** v. 7, n. 10, p. 6039-6046, 2013.

SILVA, S. S.; TAVARES, J. S. C. Rede de apoio a mulheres com HIV na prevenção da transmissão vertical: revisão integrativa. **Rev Min Enferm.** v. 19, n. 2, p. 225-31, 2015.

- SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um caminho na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v. 5, n. 3, p. 13-7, 1987.
- SOARES, M. L. P. V. **Vencendo a desnutrição: abordagem social**. São Paulo: Salus Paulista; 2001. p. 31-51.
- SOUZA, C. C. *et al.* Interiorização do HIV/aids no brasil: um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 11, n. 35, p. 25-30, 2013.
- SOUZA, K.V.; CARVALHO, P.R.Q.; DEPINOTE, A.G.M.; ALVES, V.H.; VIEIRA, B.D.G.; CABRITA, B.A.C. Consulta puerperal: demandas das mulheres sob a perspectiva da enfermeira - estudo exploratório. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v.11, n.1, p.123-138, 2012.
- SOUZA, H. C. C.; MATOS, M. M. R.; COSTA, R. A.; LIMA, M. A. C.; CARDOSO, A. S.; BEZERRA, M. M. COVID-19 e gestação: manifestações clínicas, alterações laboratoriais e desfechos maternos, uma revisão sistemática de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 3, n. 6, p. 15901-15918, 2020.
- SOUZA, M. H. N.; SOUZA, I. E. O.; TOCANTINS, F. R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 17, n. 3, 2009.
- STEIN, E. R.; SMITH, B. W. Social support attenuates the harmful effects of stress in healthy adult women. **Social Science & Medicine**, v. 146, p. 129–136, 2015.
- STOFEL, N. S.; CHRISTINELLI, D.; SILVA, R. C. S.; SALIM, N. R.; BELEZA, A. C. S.; BUSSADORI, J. C. C. Atenção. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 21, p. 99-108, fev., 2021.
- SUTTON, D.; FUCHS, K.; D'ALTON, M.; GOFFMAN, D. Universal Screening for SARSCoV-2 in Women Admitted for Delivery. **N Engl J Med**. v. 382, n. 22, p. 2163- 2164, 2020.
- TEIXEIRA, R.C. *et al.* Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. **Esc Anna Nery**. v.19, n. 4, p. 621-28, 2015.
- TEIXEIRA, C. *et al.* O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do rio de janeiro. **Rev. APS**, v. 16, n. 4, p. 444-54, 2013.
- TERRA, M. G.; SILVA, L. C.; CAMPONOGARA, S.; SANTOS, E. K. A.; SOUZA, A. I. J.; ERDMANN, A. L. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.672-8, 2006.
- TESFAHUN, F.; WORKU, W.; MAZENGIYA, F.; KIFLE, M. Knowledge, perception and utilization of postnatal care of mothers in Gondar Zuria District, Ethiopia: a cross-sectional study. **Matern Child Health J**, v. 18, n. 10, p. 2341-51, 2014.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Shütz**. 1993 105f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TOCANTINS, F. R.; SOUZA, E. F. O agir do enfermeiro de uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 1997.

UNAIDS. **Estatísticas globais sobre HIV**. Geneva, 2019. Disponível em: <http://unaids.org/br/estatisticas/>. Acesso em: 17 out. 2020.

UNAIDS. **GLOBAL AIDS UPDATE 2021**. Confronting Inequalities: Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS, 2021.

VASCONCELOS, C. S. S. *et al.* Medidas de prevenção para transmissão vertical do HIV: acompanhamento de gestantes infectadas e crianças expostas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 21, n. 1, p. 217-225, jan./mar., 2021.

VERMELHO, S. C.; VELHO, A. P. M.; BERTONCELLO, V. Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. **Educ. e Pesqui.** v. 41, n. 4, p. 863-881, 2015.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O.; PAULA, C.C.; TERRA, M.G. Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.19, n.3, p. 410-4, 2011.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; SANTOS, E. Histórias de vida: mãe e filho soropositivo para o HIV. **Texto & Contexto Enferm.** v. 18, n. 1, p. 33-40, 2009.

VIEIRA, V. C. L. *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare enferm**, v. 17, n. 1, p. 119-25, 2012.

VILELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017.

VIDLER, M. Utilization of maternal health care services and their determinants in Karnataka State, India. **Reprod Health**, v. 13, n. 1, p. 55-65, 2016.

WARREN, C. E.; ABUYA, T.; KANYA, L.; OBARE, F.; NJUKI, R.; TEMMERMAN, M.; BELLOWS, B. A cross sectional comparison of postnatal care quality in facilities participating in a maternal health voucher program versus non-voucher facilities in Kenya. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, p. 1-14, 2015.

WANDERLEY, R. M. M.; VASCONCELOS, P. J. A.; PINHEIRO, H. D. M. Perfil da mortalidade materna. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1616-24, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018.

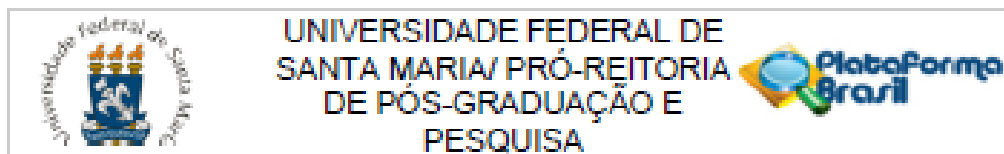
XU, L.; SONG, R. Influence of work–family–school role conflicts and social support on psychological wellbeing among registered nurses pursuing advanced degree. **Applied Nursing Research**, v. 31, p. 6-12, 2016.

YELLAND, J.; WEETRA, D.; STUART-BUTLER, D.; DEVERIX, J.; LEANE, C.; AH KIT, J. *et al.* Primary health care for Aboriginal women and children in the year after birth: findings from a population-based study in South Australia. **Aust N Z J Public Health**, v. 40, n. 5, p. 418-23, 2016.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. | Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016.

ZEFERINO, M. T.; CARRARO, T. E. Alfred Shütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 826-34, 2013.

APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE SOCIAL DA PUÉRPERA VIVENDO COM HIV NA PERSPECTIVA DO CUIDADO À SAÚDE

Pesquisador: Tassiane Ferreira Langendorf

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29741720.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.920.839

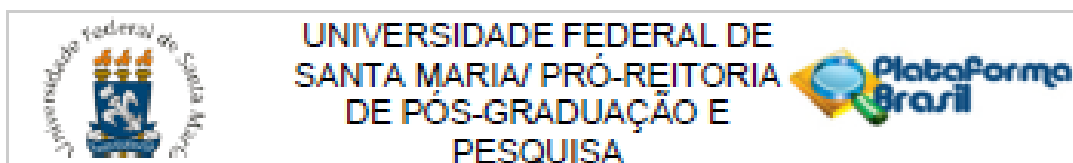
Apresentação do Projeto:

O suporte social tem a função de diminuir o impacto das situações que afetam de forma negativa a saúde, sendo um fator de proteção na condição de uma enfermidade, principalmente em tratamentos prolongados, pela constatação de que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde. O suporte social é um importante subsídio para o enfermeiro, auxiliará na ampliação de seu olhar para

o contexto social contribuindo para realização de ações efetivas em sua prática assistencial e de pesquisa. A epidemia do HIV entre as mulheres carrega consigo o estereótipo de uma doença vergonhosa, fortemente associada ao significado de desvalorização moral e social. Quando as mulheres estão no período gravídico puerperal e vivendo com HIV, observa-se um aumento do estigma social, devido à possibilidade de transmitir o vírus para a criança o que implica em questões de crescimento e desenvolvimento. As mulheres vivendo com HIV possuem medo que a criança

também possa sofrer o estigma. Diante disso, algumas mulheres optam pelo ocultamento do seu estado sorológico, podendo ocorrer uma restrição na sua rede social e ser um obstáculo para a prevenção da transmissão vertical. Há recomendações do Ministério da Saúde (MS) para acompanhamento em serviços de saúde de modo sistematizado no pré-natal, considerando aqueles direcionados ao desenvolvimento da gestação e também ao acompanhamento da

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-910
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-6062 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.920.839

profilaxia da transmissão vertical. Além disso, o Ministério da Saúde preconiza o acompanhamento de cuidados durante o puerpério, porém verifica-se uma dificuldades de implementação dessas orientações, consequentemente prestando uma assistência de saúde fragilizada para este seguimento populacional. Soma-se a isso, a atenção no âmbito familiar e a assistência em saúde focalizada na criança exposta ao HIV, fragilizando o cuidado à saúde da puérpera.

Investigação qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico de Sanicola que servirá como base para mapeamento da rede social das puérperas vivendo com HIV. As participantes da pesquisa serão puérperas vivendo com HIV que fazem acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A etapa de campo ocorrerá de abril a novembro de 2020, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. O número de sujeitos não será predeterminado, pois é a etapa de campo que mostrará o quantitativo necessário para responder ao objetivo da investigação. Para a captação dos dados será desenvolvido um mapa da rede social proposto por Sanicola.

Serão considerados como critérios de inclusão: puérperas que realizam acompanhamento de saúde nos cenários do estudo; estar um período igual ou superior a 30 dias após o parto, acredita-se que neste período de tempo a puérpera já vivenciou mudanças e procurou uma reorganização em suas relações, pois se busca com este estudo avaliar como ocorre a relação das puérperas vivendo com HIV com os membros de sua rede de suporte social. As participantes devem possuir nível de escolarização que lhe permita entender os processos adotados pelo estudo.

Os critérios de exclusão: as mulheres que apresentarem dificuldade de expressão verbal, que estiverem em regime carcerário fechado ou que referirem a serviços particulares como fonte regular da atenção à saúde. Os critérios de descontinuidade do estudo serão: desistência da puérpera vivendo com HIV ou seu representante legal (pessoas com idade entre 15 a 18 anos incompletos) de participar da pesquisa após o início da coleta de dados.

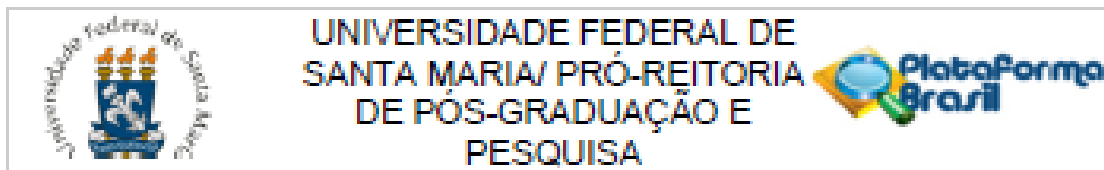
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: analisar a rede social de puérperas vivendo com HIV e as implicações desta rede no cuidado a sua saúde.

Objetivos secundários:

- a) Caracterização sócio demográfica, econômica, social e clínica das puérperas vivendo com HIV;
- b) Caracterização da rede social das puérperas vivendo com HIV;

Endereço:	Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
Bairro:	Camobi CEP: 97.105-970
UF:	RS Município: SANTA MARIA
Telefone:	(51)3220-9382 E-mail: cepufem@gmail.com



Continuação do Parecer: 3420.826

- c).Analisar as Implicações da rede social das puérperas vivendo com HIV no cuidado a sua saúde;
 d) Analisar, a partir das interações da puérpera com os membros da rede social, perspectivas para o cuidado a sua saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os desconfortos ou riscos possíveis referem-se ao cansaço pelo tempo que envolve a conversa e/ou ao desconforto por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento ou constrangimento. Nesse caso, a pesquisadora conversará com o participante e tomará em conjunto com ela a decisão quanto a encerrar a entrevista e/ou retomar em outro momento. A pesquisadora é treinada e qualificada para as ações que serão desenvolvidas no projeto, visando à redução dos possíveis danos.

Benefícios: os benefícios esperados com o estudo são indiretos, porém a pesquisa poderá gerar maior produção de conhecimento acerca da temática, podendo auxiliar na qualificação da assistência, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada no Sistema Único de Saúde. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

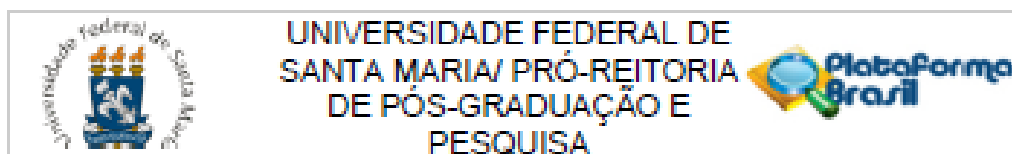
Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://nucleodecomites.ufsm.br/index.php/cep/orientacoes-gerais>", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3225-8082 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.620.636

Considerações Finais a critério do CEP:

O proponente do projeto é responsável por indenização aos participantes no caso de manifestação de eventuais danos comprovadamente decorrentes da realização da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1513479.pdf	06/03/2020 11:03:01		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/03/2020 11:02:08	Tassiane Ferreira Langendorf	Acelto
Outros	Termo_Assentimento.pdf	06/03/2020 10:59:29	Tassiane Ferreira Langendorf	Acelto
Outros	termo_confidencialidade.pdf	06/03/2020 10:58:29	Tassiane Ferreira Langendorf	Acelto
Outros	Autorizacao_Institucional.pdf	06/03/2020 10:57:36	Tassiane Ferreira Langendorf	Acelto
Outros	Relatorio_SIE.pdf	06/03/2020 10:54:47	Tassiane Ferreira Langendorf	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE_JACQUELINE.pdf	06/03/2020 10:51:54	Tassiane Ferreira Langendorf	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/03/2020 10:32:34	Tassiane Ferreira Langendorf	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Neecessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 17 de Março de 2020

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-6362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Rede social da puérpera e perspectivas para o cuidado à saúde no contexto social da epidemia do HIV

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Tassiane Ferreira Langendorf.

Instituição/Departamento: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf – UFSM).

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil;

Doutoranda responsável: Enfermeira Obstétrica Jacqueline Silveira de Quadros.

Telefone para contato: (55) 996200288

Eu Jacqueline Silveira de Quadros, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSM, sob orientação da Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin e coorientação da Profa. Dra. Tassiane Ferreira Langendorf, responsáveis pela pesquisa, a convidamos a participar como voluntária do estudo intitulado: **“Rede social da puérpera e perspectivas para o cuidado à saúde no contexto social da epidemia do HIV”**.

Esta pesquisa pretende analisar a rede social de puérperas no contexto social da epidemia do HIV e as implicações desta rede no cuidado a sua saúde. Acreditamos que ela seja importante para ampliar as perspectivas de cuidado às puérperas, para além das questões clínicas. Para sua realização será feito o seguinte: você será esclarecida sobre a pesquisa e as informações contidas aqui, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinará ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Sua participação constará de uma entrevista sobre sua relação com rede de suporte social para o cuidado de sua saúde. Se você concordar, essa conversa será gravada e após será transcrita pela pesquisadora.

É possível que aconteçam **desconfortos ou riscos**: você poderá sentir cansaço pelo tempo que envolve a conversa e/ou desconfortável por ter de lembrar algumas vivências e que possam ter causado sofrimento ou constrangimento. Caso isso aconteça, conversaremos e decidiremos em conjunto sobre o encerramento da entrevista e/ou retomar em outro momento. A pesquisadora é treinada e qualificada para as ações que serão desenvolvidas no projeto, visando à redução dos possíveis danos. Os **benefícios** que esperamos com o estudo são indiretos, porém a pesquisa poderá gerar maior produção de conhecimento acerca da temática, podendo auxiliar na qualificação da assistência, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Para caso de tratamento de saúde: É importante esclarecer que, caso você decida não participar, não haverá alteração do seu tratamento realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com alguma das pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Cidade Universitária ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, 1000 - CEP: 97.105.900 - 2º andar do Prédio da Reitoria. Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada no Sistema Único de Saúde. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, por meio de publicações científicas, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado seu anonimato e o sigilo sobre sua participação. É importante que você compreenda que é assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Tese para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Os instrumentos de pesquisa, a transcrição das entrevistas (em arquivo digital) e os TCLE serão guardados no laboratório de pesquisa, por um período de cinco anos, e após esse, serão destruídos.

A pesquisa não prevê gastos para os participantes, no entanto, se houver, os mesmos serão assumidos pelas pesquisadoras. Fica, também, garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expressei minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Santa Maria _____, de _____ de 2020.

Assinatura do participante voluntário

Pesquisador responsável
Profa. Dra. Tassiane Ferreira Langendorf

Dda. Pesquisadora
Enfa. Jacqueline Silveira de Quadros

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Assentimento informado para participar da pesquisa: *REDE SOCIAL DA PUÉRPERA E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO À SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL DA EPIDEMIA DO HIV.*

Nome da criança/adolescente: _____

Eu, Jacqueline Silveira de Quadros, sou Enfermeira Obstétrica e no momento estou cursando Doutorado em Enfermagem na UFSM, e estou pesquisando sobre rede social de puérperas que vivem com HIV.

O objetivo desta pesquisa é analisar a rede social das mulheres no período pós-parto que vivem no contexto social da epidemia do HIV e como isso podem implicar no seu cuidado de saúde. Compreendendo isso pode ser que nos consigamos ajudar a melhorar a assistência às mulheres no período pós-parto. Minha participação na pesquisa será como pesquisadora.

Você está sendo convidada a participar de forma voluntária desta pesquisa, ou seja, não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Seus responsáveis legais no momento são seus pais, eles foram esclarecidos do objetivo da proposta e já concordaram com a sua participação e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas se você não quiser, não precisa participar. Você também pode conversar com alguém antes de decidir participar ou não. Caso você decida não participar, nada mudará na sua relação com os profissionais de saúde que a atendem. Ninguém ficará bravo ou desapontado com você, se disser não, inclusive você pode desistir de participar a qualquer momento.

Para seu entendimento sobre como será desenvolvida a pesquisa, será feita uma entrevista em um lugar a ser escolhido, onde ninguém possa interferir. Você poderá levar seu bebê ou deixá-lo com um acompanhante, como preferir. Após combinarmos o momento adequado para você, eu vou usar um gravador para depois eu escrever tudo que foi falado, para poder verificar aspectos importantes para esta pesquisa. Você poderá falar o que quiser.

Há possibilidade de risco mínimo, ou seja, posso ter cansaço, em função do tempo da entrevista. Nesse sentido, será proporcionado um tempo livre para a atividade e ações lúdicas durante a coleta de dados, caso seja necessário; ou sentir-se desconfortável por ter de lembrar algumas vivências e que possam ter causado constrangimento. Caso isto aconteça, conversaremos e decidiremos juntas sobre o encerramento da entrevista e/ou retomar em outro momento.

Quanto ao sigilo (segredo) e à confidencialidade, eu me comprometo que apenas eu, minha orientadora e coorientadora da UFSM teremos acesso a este material. Você não será identificado em nenhuma publicação. Não falaremos que você está na pesquisa com mais ninguém e seu nome não irá aparecer em nenhum lugar.

Os resultados estarão a sua disposição quando a pesquisa for finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão guardados com a pesquisadora responsável Profa.

Dra. Tassiane Ferreira Langendorf, por um período de cinco anos em um armário chaveado em uma sala do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, e após esse tempo serão destruídos. Esse termo encontra-se em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Compreendi, também, que se eu tiver dúvidas sobre este estudo, poderei telefonar para: Tassiane Ferreira Langendorf (55-999954956 ou Jacqueline Silveira de Quadros (55-996200288). Assim como poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.

Um comitê de ética em pesquisa em seres humanos é integrado por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você entender que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Caso prefira, você entrar em contato sem se identificar.

Eu, _____ entendi que a pesquisa é sobre a rede social de mulheres no pós-parto que vivem com HIV e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e que meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura da criança ou adolescente:

Assinatura dos pais/responsáveis:

Assinatura do pesquisador:

Data:/...../.....

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo: Rede social da puérpera e perspectivas para o cuidado à saúde no contexto social da epidemia do HIV.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Tassiane Ferreira Langendorf

Doutoranda responsável: Enfermeira Jacqueline Silveira de Quadros

Instituição/Departamento: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevista, as quais serão gravadas em uma sala previamente reservada na instituição cenário da pesquisa.

Informam, ainda, que, estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto, construção de um banco de dados para possíveis releituras com diferentes referências teórico, do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) e os desdobramentos da pesquisa.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336 - 97105-900 - Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Enfa. Profa. Dra. Tassiane Ferreira Langendorf (coorientadora desta pesquisa). Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro CAAE

Santa Maria,.....dede 20.....

Assinatura do pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E
SOCIEDADE

PROJETO: REDE SOCIAL DA PUÉRPERA E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO À SAÚDE NO CONTEXTO SOCIAL DA EPIDEMIA DO HIV

INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS

Nº da Entrevista: _____	Data da Entrevista: ____/____/____
Nº do Prontuário Mãe: _____	Nº do Prontuário Criança: _____
Nome da Mãe: _____	Telefone celular: () _____
Nome da Criança: _____	
Local da produção de dados: _____	

A - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E SOCIAL

Pergunta	Resposta
A1 - Qual a sua data de nascimento?	Data de nascimento: ____/____/____ (dia) (mês) (ano)
A2 - Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?	1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Amarelo 4. <input type="checkbox"/> Parda 5. <input type="checkbox"/> Indígena
A4 - Qual a sua escolaridade, em anos de estudo?	_____
A5 - Qual a sua situação conjugal?	1. <input type="checkbox"/> Convive com esposo(a) ou companheiro(a) 2. <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 3. <input type="checkbox"/> Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)
A6 - Quantos filhos(as) você tem?	Número de filhos(as): _____ Idade dos filhos: _____ _____
A7 - Qual a renda mensal da família?	_____
A8 - E quantas pessoas, incluindo você dependem desta renda?	_____
A10 - Você está empregado no momento? (Se responder não pular para a questão A11)	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim, com carteira de trabalho assinada 3. <input type="checkbox"/> Sim, sem carteira de trabalho assinada
A10a - Se sim, qual profissão?	_____
A11 - Você é/foi fumante?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Fumante Passiva[reside ou trabalha no mesmo ambiente que outros fumantes] 3. <input type="checkbox"/> Ex-fumante 4. <input type="checkbox"/> Deixei de fumar por causa da gravidez 5. <input type="checkbox"/> Sim
A11 - Você utiliza algum desses tipos de droga: (maconha, cocaína, craque, cola, heroína, outro)?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Deixei de usar por causa da gravidez 3. <input type="checkbox"/> Sim, raramente 4. <input type="checkbox"/> Sim, só nos fins de semana

	5. <input type="checkbox"/> Sim, frequentemente. Qual?
A12 - Você ingere bebidas alcoólicas?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Deixei de usar por causa da gravidez 3. <input type="checkbox"/> Sim, raramente 4. <input type="checkbox"/> Sim, só nos fins de semana 5. <input type="checkbox"/> Sim, frequentemente
A13 – Quantas pessoas moram com você?	
A14- Quem são as pessoas que moram com você?	

B- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Pergunta	Resposta
B1 - Em que momento você soube do seu diagnóstico do HIV	1. <input type="checkbox"/> Antes da gestação 2. <input type="checkbox"/> Durante a gestação 3. <input type="checkbox"/> Durante o parto 4. <input type="checkbox"/> Depois do parto
B2 - Como você adquiriu o HIV?	1. <input type="checkbox"/> Transmissão Materna 2. <input type="checkbox"/> Transfusão Sanguínea 3. <input type="checkbox"/> Drogas Injetáveis 4. <input type="checkbox"/> Transmissão Sexual 5. <input type="checkbox"/> Desconhecida
B3 - Teve alguma infecção oportunista? (Se responder não pular para a questão B4)	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
B3a - Se sim, qual?	_____
B4 - Qual a condição sorológica do seu parceiro (caso tenha parceiro fixo)	1. <input type="checkbox"/> Infectado (que tem o HIV) 2. <input type="checkbox"/> Não infectado 3. <input type="checkbox"/> não sabe informar
B5 - Você já fazia uso das medicações para o HIV antes da descoberta da gestação?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
B6 - Você fez uso medicamentos para o HIV durante a gestação?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
B7 - Houve alguma mudança no seu estilo de vida em razão do tratamento? (Se responder não pular para a questão B8)	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
B7a - Se sim, qual?	_____ _____ _____
B8 - Alguma vez deixou de tomar a medicação? (Se responder não pular para a questão B9)	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
B8a - Se sim, qual?	_____ _____ _____
B9 - Há quantos tempo já está em tratamento para o HIV ou Aids?	_____ meses ou _____ anos
B10 - Manter o acompanhamento de sua saúde é	1. <input type="checkbox"/> Difícil 2. <input type="checkbox"/> Mais ou menos 3. <input type="checkbox"/> Fácil
B11 - Você participa de algum tipo de grupo no serviço onde realiza o tratamento para o HIV ou Aids? (Se responder não pular para a questão A15)	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
B11a – Se sim, qual?	Se sim, que tipo de grupo: _____
B12 - Você recebeu algum tipo de orientação no serviço onde realiza o tratamento para a Aids? (Se responder não pular para a questão B1)	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim

B12a - Se sim, qual profissional?	_____
NÃO RESPONDER B13 - Valor de T- CD4 – último	Resp.: _____ Data da realização: _____/_____/_____
NÃO RESPONDER B14 - Valor da Carga Viral – última	Resp.: _____ Data da realização: _____/_____/_____
NÃO RESPONDER B15 – Que medicamentos antirretrovirais faz uso segundo o prontuário?	_____ _____ _____

C- GRAVIDEZ E PUERPÉRIO

Pergunta	Resposta
C1 - Quantas gestações você teve antes dessa?	1. <input type="checkbox"/> Um 2. <input type="checkbox"/> Dois 3. <input type="checkbox"/> Três 4. <input type="checkbox"/> Quatro 5. <input type="checkbox"/> Mais de quatro
C2 - Você teve algum problema de saúde durante a(s) gestação(ões) anterior(es)?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Qual?
C3 - Você teve algum problema de saúde durante a gestação do/a (nome da criança)?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Qual?
C4 - Você realizou pré-natal ?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
C5 - Você realizou quantas consultas de pré-natal?	1. <input type="checkbox"/> 1 a 3 consultas 2. <input type="checkbox"/> De 4 a 6 consultas 3. <input type="checkbox"/> De 4 a 6 consultas 4. <input type="checkbox"/> Mais que 6 consultas
C6 – Você recebeu alguma orientação sobre o tipo de leite que a/o (nome da criança) poderia tomar?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
C7 - Você teve vivência de amamentar algum filho?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
C8 - Utilizou medicamento para inibir a produção de leite materno?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
C9 - Esse bebê nasceu de parto vaginal ou cesárea?	1. <input type="checkbox"/> Vaginal 2. <input type="checkbox"/> Cesárea de urgência 3. <input type="checkbox"/> Cesária eletiva
C10 - Utilizou medicamento para o HIV durante o parto?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
C11 – Você teve algum agravo de saúde após o parto?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Qual?
C12 – Você realizou consulta puerperal?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
C13 – Você recebeu alguma orientação sobre os seus cuidados de saúde após o parto?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
C14 – Você está utilizando algum método anticoncepcional?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim
C15 – Você realizou consulta de retorno na infectologia após o parto?	1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim

2) ELABORAÇÃO DO MAPA DA REDE SUPORTE SOCIAL

Figura 1 – Representação geométrica dos tipos de rede para construção do mapa de rede suporte social.







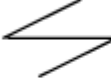

Figuras geométricas	Tipos de rede
	Redes primárias (trocas de reciprocidade) família, vizinhos, amigos, colegas/companheiros
	Redes secundárias formais (trocas de direitos) instituições de serviços sociais, sanitários, outros
	Redes secundárias informais (trocas de solidariedade)
	Redes secundárias do terceiro setor (trocas de solidariedade e de direito) - voluntariado organizado, cooperativas sociais - associações, fundações
	Redes secundárias de mercado (troca de dinheiro e de direito) - empresas, fábricas, negócios
	Redes secundárias com trocas de direito e de dinheiro - casa de saúde (recuperação)

Figura 2 – Representação gráfica do tipo de vínculo na rede suporte social.

Representação gráfica	Tipos de vínculo
	normal
	forte
	frágil
	conflituoso
	interrompido
	ruptura, separação legal
	descontínuo
	ambivalente

A- PERGUNTAS ORIENTADORAS DA ENTREVISTA QUE CONTEMPLAM A ELABORAÇÃO DO MAPA DE REDE SUPORTE SOCIAL E OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS

- Conte-me quais pessoas que estão presentes na sua vida?
- Quais são as pessoas que estão próximas ou distantes no contexto familiar?
- Com quem você conta para auxiliá-la nas atividades do dia a dia?
- Com quem você conta para auxiliá-la no seu próprio cuidado?

e) Quais lugares você acessou buscando auxílio para cuidado à saúde durante sua gestação?

f) Você frequenta alguma instituição e/ou religião?

g) Quem foi importante para você durante sua gestação?

h) Quem foi importante para você durante seu parto?

i) Nos primeiros dias após o parto com quem você contou para auxiliá-la?

j) Com quem você conta para auxiliá-la no cuidado com seu bebê?

l) Observando estas figuras (figuras 1 e 2), vamos tentar elaborar um desenho mostrando a sua relação com estas pessoas

m) Em relação a você, como estas pessoas estão (próximas ou distantes) e qual tipo de vínculo você tem com elas?

n) Como é seu relacionamento com elas?