

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

Jacqueline Silveira de Quadros

**SUPORTE SOCIAL ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV:
REPERCUSSÕES NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL**

Santa Maria, RS
2017

Jacqueline Silveira de Quadros

**SUPORTE SOCIAL ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV: REPERCUSSÕES NO
PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Silveira de Quadros, Jacqueline
Suporte social às mulheres vivendo com HIV:
repercussões no período gravídico puerperal / Jacqueline
Silveira de Quadros.- 2017.
74 p.; 30 cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Coorientadora: Cristiane Cardoso de Paula
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Transmissão vertical de doença infecciosa 2. HIV 3.
Síndrome da imunodeficiência humana 4. Suporte social I.
de Mello Padoin, Stela Maris II. Cardoso de Paula,
Cristiane III. Título.

Jacqueline Silveira de Quadros

**SUORTE SOCIAL ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV: REPERCUSSÕES NO
PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 21 de fevereiro de 2017:

Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Tassiane Ferreira Langendorf, Dra. (UFSM)

Eliane Maria Fleury Seidl, Dra. (UnB)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meus pais Jair e Jussara, à minha irmã Juliana e ao meu namorado Ronildo pelo apoio, carinho e atenção recebida em toda essa trajetória. Essa conquista é para vocês!

AGRADECIMENTOS

À todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo e a construção deste sonho, fica expressa a minha gratidão e o meu carinho, em especial:

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

À minha Mãe Jussara, meu Pai Jair e a minha irmã Juliana que me incentivam diariamente e me auxiliam a compreender as aspirações de vida, e seguir sempre em frente. Por serem a minha base, estarem presentes sempre que preciso e me ensinarem a importância de nunca desistir dos meus sonhos. Não há palavras que expliquem o meu sentimento de gratidão por vocês. Muito obrigada por tudo.

Ao meu namorado Ronildo, meu companheiro de vida, pela força, amor, incentivo e carinho incondicional e, principalmente, por entender os momentos que precisei estar ausente para a construção deste estudo.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin, a qual agradeço imensamente pelo acolhimento, atenção, o cuidado e sobretudo, por transformar os nossos encontros em momentos de grandes aprendizados. Sou imensamente grata pela orientação que ultrapassa a Dissertação, permeada por zelo e carinho.

À minha coorientadora, Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula, meu agradecimento e profunda admiração. Obrigada por compartilhar comigo o seu conhecimento, pelo seu permanente empenho, compromisso, e por contribuir para minha formação durante essa trajetória.

À Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pela acolhida e estrutura para realização do Mestrado em Enfermagem.

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 pela recepção, apoio, companheirismo, e por possibilitarem construções coletivas de conhecimento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES) pela concessão da bolsa de Mestrado.

Às demais pessoas envolvidas nesse processo, que embora não tenham sido citadas, mas que de forma indireta contribuíram para minha conquista.

Obrigado!

Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você quer ir. Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldade para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança suficiente para fazê-la feliz.

Clarice Lispector

RESUMO

SUPORTE SOCIAL À MULHERES VIVENDO COM HIV: REPERCUSSÕES NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL

AUTORA: Jacqueline Silveira de Quadros
ORIENTADORA: Dra Stela Maris de Mello Padoin
COORIENTADORA: Dra Cristiane Cardoso de Paula

A partir da infecção pelo HIV gestantes e puérperas necessitam de acompanhamento clínico especializado, além de atenção as suas demandas na dimensão social. Esta última poderá ser avaliada pelo conjunto de elementos socioambientais que atuam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidarem de forma adequada com situações cotidianas, como os cuidados para a manutenção da profilaxia da transmissão vertical do HIV. Objetivou avaliar se o suporte social percebido por gestantes é diferente daquele percebido por puérperas vivendo com HIV. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo transversal. O local de coleta de dados foi Hospital Universitário de Santa Maria/RS, no período de abril à novembro de 2014, a partir de um instrumento composto por questionário de caracterização sócio demográfica, clínica e obstétrica das gestantes e puérperas vivendo com HIV; Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids. A população elegível totalizou 78 participantes. Foi avaliada a normalidade das variáveis por meio do teste Shapiro-wilk; foi utilizada estatística descritiva para apresentação das características basais e o teste T de amostras independentes. Realizou-se o teste exato de Fischer, a regressão logística linear para obter estimativas de OR e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para os fatores intervenientes, utilizando método backward. Em todas as análises, adotou-se nível de significância $p < 0,05$ e utilizou-se o pacote estatístico SPSS versão 21.0. A população de gestantes foi de 33,3% ($n = 28$) e 66,7% ($n = 50$) eram puérperas. Ao ser avaliado a distribuição entre os grupos de gestante e puérperas foi possível verificar que gestação é fator de proteção quando comparado ao puerpério, visto que as puérperas apresentam uma chance de 8,8 vezes de ter baixo suporte social geral (OR: 8,80; IC: 1,01 – 16,76) e 6,0 vezes (OR: 6,00; IC: 1,53 – 10,48) para suporte social instrumental. As participantes que estão no período gestacional possuem chance maior que apresentem valores superior de suporte social total e instrumental. Para verificar os motivos de diferença no suporte social total e instrumental foi avaliado as características dos grupos, foi verificada diferença significativa com relação de ingestão de bebidas alcoólicas ($p = 0,007$), utilização de TARV antes da descoberta da gestação ($p = 0,044$), o grau de satisfação com apoio nas atividades para o dia a dia ($p = 0,050$), apoio recebido de amigos no suporte social emocional ($p = 0,009$), apoio recebido de amigos no suporte social instrumental ($p = 0,004$). Conclui-se que é fundamental que o profissional de saúde conheça e interaja com a rede de suporte social dessas mulheres, com o intuito de implementar ações que as permitam superar os obstáculos nos cuidados em saúde tanto materno e infantil, principalmente nesse período de reorganização familiar.

Palavras-chaves: Transmissão vertical de doença infecciosa. HIV. Gravidez. Período pós parto. Apoio Social. Assistência Social.

ABSTRACT

SOCIAL SUPPORT TO WOMEN LIVING WITH HIV: REPERCUSSIONS DURING GESTATION PUERPERAL

AUTHOR: Jacqueline Silveira de Quadros
GUIDANCE: Dra Stela Maris de Mello Padoin
COGUIDANCE: Dra Cristiane Cardoso de Paula

From the HIV infection pregnant women and puerperas need specialized clinical follow-up, besides paying attention to their demands in the social dimension. The latter can be evaluated by the set of socio-environmental elements that act in a protective way, enabling individuals to deal adequately with everyday situations, such as care for the maintenance of prophylaxis of vertical HIV transmission. The objective was to evaluate if the social support perceived by pregnant women is different from that perceived by puerperal women living with HIV. This is a cross-sectional quantitative approach. The data collection site was Hospital Universitário de Santa Maria / RS, from April to November 2014, based on an instrument composed of a socio-demographic, clinical and obstetric characterization of pregnant women and puerperal women living with HIV; Social Support Scale for People Living with HIV / AIDS. The eligible population totaled 78 participants. The normality of the variables was evaluated through the Shapiro-wilk test; Descriptive statistics were used to present the baseline characteristics and the T test of independent samples. The Fischer's exact test, the linear logistic regression, was used to obtain estimates of OR and their respective confidence intervals (95% CI) for the intervening factors using the backward method. In all analyzes, significance level was set at $p < 0.05$ and the statistical package SPSS version 21.0 was used. The population of pregnant women was 33.3% ($n = 28$) and 66.7% ($n = 50$) were puerperal. When the distribution between the pregnant and postpartum groups was evaluated, it was possible to verify that gestation is a protective factor when compared to the puerperium, since the puerperal women present a 8.8-fold chance of having low social support (OR: 8.80 ; CI: 1.01 - 16.76) and 6.0 times (OR: 6.00; CI: 1.53 - 10.48) for instrumental social support. Participants who are in the gestational period have a greater chance of presenting higher values of total and instrumental social support. In order to verify the reasons for the difference in total and instrumental social support, the characteristics of the groups were evaluated, a significant difference was observed in relation to the ingestion of alcoholic beverages ($p = 0.007$), use of ART before pregnancy was discovered ($p = 0.044$) ($P = 0.050$), support received from friends in emotional social support ($p = 0.009$), support received from friends in instrumental social support ($p = 0.004$). It is concluded that it is fundamental that the health professional knows and interacts with the social support network of these women, with the intention of implementing actions that allow them to overcome obstacles in maternal and child health care, especially during this period of family reorganization.

Keywords: Vertical transmission of infectious disease. HIV. Pregnancy. Postpartum period. Social support; Social assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
AZT	Zidovudina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HCS	Hospital Casa de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PUBMED	National Library of Medicine/National Institutes of Health
PPTV	Programas de Prevenção da Transmissão Vertical
RN	Recém-nascido
RS	Rio Grande do Sul
SCOPUS	SciVerse Scopus
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Transmissão Vertical
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UnB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a infância

LISTA DE ANEXOS

Anexo A -	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - (CEP).....	64
Anexo B -	Formulário para a caracterização do perfil sócio demográfico, econômico, obstétrico e clínico; Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids.....	68
Anexo C -	Termo de confidencialidade, privacidade e segurança dos dados.....	75
Anexo D -	Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados.....	76

SUMÁRIO

1.0 APRESENTAÇÃO	14
2.0 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 CUIDADO À SAÚDE DE MULHERES NO CLICLO GRAVÍDICO PUERPERAL VIVENDO COM HIV.....	15
2.2 SUPORTE SOCIAL DE GESTANTES COM HIV: REVISÃO NARRATIVA.....	20
2.3 REFERENCIAL TEÓRICO DE SUPORTE SOCIAL, AVALIADO POR MEIO DA ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.....	38
3.0 RECURSO METODOLÓGICO	41
4.0 RESULTADOS	44
4.1 ARTIGO 1: A influência do período gravídico puerperal no suporte social percebido em mulheres vivendo com HIV.....	45
5.0 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	60
ANEXOS	63

1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação integra o projeto matricial intitulado “Avaliação da atenção primária à saúde das crianças, adolescentes e gestantes vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)”, coordenado pela Dra Cristiane Cardoso de Paula, o qual está vinculado ao Grupo de Pesquisa “Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS)” da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Compõe os estudos na linha de pesquisa, “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da aids”.

O projeto matricial teve como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde (APS) às crianças, aos adolescentes, as gestantes e puérperas infectadas pelo HIV, segundo o instrumento PCATool-Brasil na versão dos profissionais e dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o número do parecer 773.483 e CAAE 26498113.0.0000.5346. (ANEXO A). Possui seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução nº. 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Os instrumentos e os termos estão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Dra Cristiane Cardoso de Paula e após cinco anos serão destruídos.

Na oportunidade, foi coletado dados acerca da percepção de gestantes e puérperas vivendo com HIV em relação ao suporte social. Tendo em vista a análise e comparação entre o grupo de gestantes e puérperas foi tecido o objetivo geral desta Dissertação.

Diante desta problemática, e a partir das vivências acadêmicas, como a realização da Residência em Enfermagem Obstétrica no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) no município de Santa Maria- RS no período de março 2013 até março de 2015, como também, a participação do GP-PEFAS, da UFSM, surgiram inquietações a respeito dessa temática. Além disso, justifica-se este estudo como uma das propostas da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa, formada por 24 sub agendas de pesquisa em saúde. Pode-se destacar como uma das recomendações para pesquisa à saúde da mulher, o enfoque para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e aids em mulheres (BRASIL,2011).

Objetivo: Avaliar se o suporte social percebido por gestantes é diferente daquele percebido por puérperas vivendo com HIV. **O objetivo específico:** caracterizar as gestantes e puérperas vivendo com HIV quanto ao perfil demográfico, econômico, social, clínico e obstétrico. Descrever os motivos de diferenças nos tipos de suporte social entre os grupos de

gestante e puérperas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Serão apresentadas três seções de revisão de literatura, uma acerca do cuidado a saúde de mulheres no ciclo gravídico puerperal, outra acerca das fontes e repercussões do suporte social das gestantes vivendo com HIV. Como, também, uma seção sobre o referencial teórico de suporte social, avaliado por meio da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

2.1 CUIDADO À SAÚDE DE MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL VIVENDO COM HIV

A epidemia do HIV configura-se como um dos problemas de saúde pública, devido às altas taxas de morbidade e mortalidade, com tendência de crescimento em vários países. No Brasil, os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) surgiram em 1982, diante do movimento da reforma sanitária, em um período em que ocorriam discussões acerca da saúde pública (MARQUES, 2002; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Neste mesmo período, a aids foi considerada uma doença infecciosa transmitida pelo contato direto entre às pessoas. Diante disso, foram desencadeados julgamentos sobre as condutas dessas pessoas, pois a transmissão estava relacionada às relações sexuais e ao uso de drogas injetáveis. Como, também, alguns estereótipos foram formulados, relacionados a uma doença incurável, contagiosa, sendo uma peste gay. Pelo fato da aids ter se concentrado entre a população masculina que tinham práticas homo/bissexuais, com a predominância na classe social alta e nos grandes centros urbanos (RODRIGUES; VAZ; BARROS, 2013).

Com o decorrer do tempo aconteceram rápidos avanços da epidemia, logo a extrapolação da infecção aos chamados “grupos de risco”, que eram aquelas pessoas com comportamentos considerados de risco e também, representados pelos homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (nome em inglês dados às profissionais do sexo). Portanto, com aumento da epidemia nas diferentes populações, percebe-se um contínuo processo de transformação no perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV, compreende-se a necessidade de novas ações que repercutissem no controle da epidemia (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009; BRASIL, 2010a).

Porém a epidemia de aids se constituiu desde seu surgimento como uma realidade para a população feminina. Em 1981 identificou-se a primeira mulher vivendo com HIV, nos Estados Unidos da América (EUA). Mas a existência desses casos eram entendidos como restritos às mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos e de homens bissexuais, ou envolvidas na prática da prostituição (BRASIL, 2010a).

As modificações no perfil epidemiológico, são marcadas pelos processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização. Observa-se uma evolução da doença especialmente entre as mulheres em idade fértil, podendo ocasionar a transmissão vertical (TV) do HIV, por meio da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, do trabalho de parto, e parto (contato com as secreções cervicovaginais e sangue materno) ou durante amamentação. Em 1985 foi notificado o primeiro caso de TV do HIV,

com isso, suscitou-se um alerta sobre a necessidade de serem revistas as políticas voltadas para esse seguimento populacional (BRASIL, 2010b).

Nesta época, as soluções terapêuticas eram restritas e os pacientes vivenciavam a evolução clínica da aids e, conseqüente, à morte. Até que, na década de 1990, iniciam-se pesquisas em busca de diagnóstico precoce e tratamento, com a implementação da Terapia Antirretroviral (TARV), possibilitando a diminuição nas taxas de mortalidade, inclusive configurado a aids como doença crônica, gerando novos desafios para seu enfrentamento (GALVÃO; CERQUEIRA; MACHADO, 2004).

No seguimento de gestantes a política pública foi baseada nos resultados do Protocolo 076 do AIDS *Clinical Trial Group* (PACTG 076), primeiro estudo clínico com o objetivo de reduzir as taxas de TV do HIV. Esse estudo foi desenvolvido em 1994, e comprovado a eficiência da medicação zidovudina (AZT). Segundo o mesmo, o uso do AZT durante a gestação, trabalho de parto e parto e pelos recém-nascidos (RN), como também, a utilização de fórmula infantil exclusivamente, auxiliou na redução da taxa de TV do HIV em 67,5%. Posteriormente, outros antirretrovirais foram indicados, sendo avaliadas diferentes intervenções, quanto ao número de antirretrovirais utilizados e ao tempo de duração do tratamento (CONNOR et al., 1994; LIMA; OLIVEIRA; ROCHA; PEREIRA, 2010; BRASIL, 2010a).

Diante da problemática da TV, o Ministério da Saúde (MS) adotou medidas profiláticas a partir de 1996, que incluíam além do uso de antirretrovirais pela gestante após 14^a semana de gestação e pelo RN, a realização do teste de anticorpos do HIV durante o acompanhamento pré-natal com aconselhamento pré e pós-teste, cesariana eletiva quando a carga viral for >1.000 cópias/ml e a contra-indicação do aleitamento materno. Apesar do grande incentivo das políticas públicas para redução da transmissão materno infantil, observam-se falhas na implementação dessas medidas no país, o que pode ser evidenciado nas notificações de aids (BRASIL 1996; BRASIL 1997; FARIA et al., 2014).

Observa-se que, a maioria dos casos de aids, em menores de 13 anos de idade, ocorrem pela TV do HIV, quando não são realizadas as medidas de profilaxia, a taxa situa-se em torno de 25,5%, sendo possível reduzir para níveis entre zero e 3%. No entanto, somente uma ampla adoção de medidas preventivas resultam em uma redução significativa na incidência de casos de aids em crianças (RODRIGUES; VAZ; BARROS, 2013).

Vários são os fatores que estão associados ao risco de TV. Dentre eles, genótipo e fenótipo virais; o estado clínico e imunológico da gestante; a presença ISTs; co-infecções; tempo de uso de antirretrovirais 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 e baixo peso ao nascer e aleitamento materno (BRASIL, 2010a; BRASIL 2010b).

A probabilidade de transmissão materno-infantil do HIV, na maioria dos casos, ocorre durante o trabalho de parto e parto cerca de 65%. Já a transmissão intraútero, ocorre principalmente nas últimas semanas de gestação, compreende 35%. O aleitamento materno apresenta um risco adicional de 7% a 22%, que se renova a cada exposição. A transmissão ocorre tanto por mães assintomáticas quanto sintomáticas (BRASIL, 2010a; BRASIL 2015). Nesse sentido, a indicação de Tratamento Antirretroviral, na gestação, possui dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical, sendo recomendada para gestantes que não possuem indicação de tratar a infecção pelo HIV, uma vez que assintomáticas o dano imunológico é pequeno ou ausente. Como também, para tratamento da infecção pelo HIV, em gestantes que apresentam repercussão clínica e/ou imunológica grave da infecção pelo HIV (BRASIL, 2010a BRASIL, 2015).

Portanto, torna-se fundamental a prevenção e o monitoramento da TV do HIV, sendo estabelecido pelo MS como uma das suas prioridades, mediante a Portaria nº 993 de setembro de 2000, que trata da vigilância epidemiológica de gestantes soropositivas. Posteriormente, o MS por meio da Portaria nº 2104/GM em 19 de novembro de 2002, criou o “Projeto Nascer Maternidades”, propondo resgatar a oportunidade de diagnóstico durante o pré-natal, através do teste rápido para HIV e do VDRL. Surge com o objetivo principal, de diminuir a TV do HIV e a morbidades e mortalidade por sífilis congênita, qualificando a assistência pré-natal. Além disso, criou-se o mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil à todos os RN expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002). Diante dessa realidade, em 2007 a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do MS, desenvolveu o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Dessa maneira, buscavam aprimorar ações e estratégias para articular o enfrentamento das vulnerabilidades em que as mulheres estão predispostas à aids e outras ISTs. Exigindo esforços que se concentram na diminuição das limitações de acesso à informações, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. Soma-se a isso, os aspectos socioculturais relacionados à desigualdade de gênero, os quais se constituíram como os principais desafios para a implantação do Plano (BRASIL, 2007).

As recomendações trazidas no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), converge com

estudo desenvolvido na África. O qual, indica a integração de crenças relacionadas com a prática do sexo seguro no desenvolvimento de programas e intervenção com mulheres infectadas (PATRÃO; MCINTYRE; COSTA, 2015). Da mesma forma, outro estudo também indica a redução da vulnerabilidades de gênero, o desenvolvimento de políticas e estratégias multissetoriais (ESTAVELA; SEIDL, 2015).

Além disso, recentemente foi instituída no âmbito do SUS a Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Como também, à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. A partir de 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).

Mesmo com empenho do MS para implementação de políticas públicas de saúde, verifica-se que não estão sendo eficientes, pois ocorre um aumento nos casos. Desde o início da epidemia de aids no Brasil, em 1980, até junho de 2016 foram notificados à Coordenação Nacional de DST e aids do MS, 842.710 casos de aids (dados acumulados). Desses casos, 548.850 (65,1%) adultos masculinos e 293.685 (34,9%) adultos femininos. Observa-se uma concentração dos casos nas regiões Sudeste 53,0% e Sul 20,1%, seguidos pelas as regiões Nordeste 15,1%, Centro-Oeste 6,0% e Norte 5,9% (BRASIL, 2016).

De fato, as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico, devido à especificidade dos órgãos sexuais femininos. Neste sentido, elas são mais suscetíveis à ISTs do que os homens, sabe-se que as ISTs podem aumentar em até 18 vezes o risco de transmissão do HIV. As mulheres com ISTs são frequentemente assintomáticas, o que pode acarretar complicações, tanto para a mulher como no binômio mãe-feto (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010a).

Verifica-se outras vulnerabilidades, principalmente às mulheres vivendo com HIV, que se transformam em desigualdades, como as diferenças sociais nos papéis desempenhados por homens e mulheres, as quais têm influenciando na autonomia destas para tomada de decisões. A reprodução de papéis tradicionais nas relações de gênero, e nas relações de poder que interferem na capacidade de negociação de práticas sexuais seguras com seus parceiros. Além disso, muitas mulheres são vítimas de violência sexual, e tantas outras entram na prostituição como forma de compensar as privações econômicas e sociais em que vivem (DINIZ, 2001; TARQUETTE, 2009).

Estas vulnerabilidades também foram encontradas em um estudo desenvolvido na cidade de Salvador na Bahia. O qual ressalta o papel da enfermagem na

identificação de vulnerabilidades e/ou agravos no contexto familiar e social. Além disso, sinaliza a importância da rede social no enfrentamento de situações adversas, como, a vivência de violência conjugal. O estudo indica a articulação dos profissionais da saúde com as associações comunitárias, como uma estratégia na disseminação de informações, que contribuíram para o processo de transformação do comportamento humano (GOMES; DINIZ; REIS; ERDMANN, 2015). Soma-se às questões sociais o preconceito, o estigma e a discriminação que estão associadas a epidemia da aids, além disso, durante o período gravídico puerperal podem haver alterações nas questões biológicas, emocionais e psicológicas. As questões sociais envolvidas podem acarretar na omissão do seu diagnóstico, ou então, na não adesão as medidas de prevenção da TV do HIV, influenciando também na sua rede de suporte social. Nesta esteira, torna-se relevante à inserção desta mulher na família e na sociedade, as quais possuem um papel fundamental, uma vez que oferece segurança, principalmente quando é acometida por algum agravo de saúde. As pessoas que estão envolvidas no suporte social influenciam o contexto de saúde, tanto físico como psicológico (SILVA; TAVARES, 2015; LANGENDORF, et al., 2012).

2.2 Esta seção será apresentada no formato de artigo científico, intitulado “**Suporte social de gestantes com HIV: revisão narrativa**”, possui como objetivo: identificar, na produção científica, as fontes e repercussões de suporte social das gestantes com HIV. Este artigo foi submetido para Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUFMS), e encontra-se na fase de avaliação. Será apresentado de acordo com as normas do periódico, conforme as recomendações da UFSM (2015).

SUORTE SOCIAL DE GESTANTES COM HIV: REVISÃO NARRATIVA***SOCIAL SUPPORT OF PREGNANT WOMEN WITH HIV: NARRATIVE REVIEW******APOYO SOCIAL DE MUJERES EMBARAZADAS CON VIH: REVISIÓN NARRATIVA*****RESUMO**

Objetivo: Identificar, na produção científica, as fontes e repercussões de suporte social das gestantes com HIV. **Método:** Revisão narrativa nas bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, National Library of Medicine/National Institutes of Health e SciVerse Scopus*. O levantamento dos dados ocorreu em fevereiro de 2016, quando foram incluídos 20 estudos submetidos à análise temática com categorização teórica de suporte social (instrumental e emocional). **Resultados:** As principais fontes do suporte instrumental foram: participação em programas de prevenção, acolhimento e educação em saúde pela equipe; e do suporte emocional foram o companheiro, amigos, familiares e Deus. As principais repercussões foram na revelação do diagnóstico e adesão à profilaxia da transmissão vertical. **Conclusão:** A falta de articulação entre as fontes de suporte social pode implicar no abandono dos cuidados em saúde materno e infantil.

Descritores: Transmissão vertical de doença infecciosa; Gravidez; Apoio social; Assistência social; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida.

ABSTRACT

Objective: to identify in the scientific production the sources and repercussions of social support of pregnant women with HIV. **Method:** narrative review in the

*databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, National Library of Medicine / National Institutes of Health and SciVerse Scopus. The data were collected in February 2016, when 20 studies were submitted to the thematic analysis with the theoretical categorization of social support (instrumental and emotional). **Results:** main sources of instrumental support were: participation in prevention programs, reception and health education by the team; And emotional support were from the companion, friends, family and God. The main repercussions were the development of diagnosis and adherence to prophylaxis of vertical transmission. **Conclusion:** the lack of articulation among the sources of social support may imply the abandonment of maternal and child health care.*

Descriptors: Infectious disease transmission, vertical; Pregnancy; Social support; Social assistance; HIV; Acquired immunodeficiency syndrome.

RESUMEN

***Objetivo:** Identificar en producción científica las fuentes y las repercusiones sociales de apoyo de las mujeres con VIH. **Método:** revisión narrativa en bases de datos: América Latina y el Caribe Ciencias de la Salud, Biblioteca Nacional de Medicina/Institutos Nacionales de Salud y SciVerse Scopus. La recogida de datos se llevó a cabo en febrero de 2016, cuando se incluyeron 20 estudios presentados al análisis temático con la categorización teórica de apoyo social (instrumental y emocional). **Resultados:** Las principales fuentes de apoyo instrumental fueron: la participación en programas de prevención, atención y educación para la salud; el apoyo emocional eran compañeros, amigos, familia y Dios. Los principales efectos fueron en el desarrollo del diagnóstico y la adhesión a la prevención de la transmisión vertical. **Conclusión:** La falta de coordinación entre las fuentes de*

apoyo social puede llevar al abandono de la atención en salud de la madre y el niño.

Descriptor: Transmisión vertical de enfermedad infecciosa; Embarazo; Apoyo social; Asistencia social; VIH; Síndrome de inmunodeficiência adquirida.

INTRODUÇÃO

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) teve as primeiras notificações, no mundo e no Brasil, nos anos de 1980. Devido às altas taxas de morbidade e mortalidade tornou-se um problema de saúde pública. Atualmente, apresenta modificações em seu perfil epidemiológico, especialmente entre as mulheres em idade fértil, podendo resultar na transmissão vertical (TV) do HIV, durante a gestação, parto e amamentação.¹

No que se refere à notificação da infecção pelo HIV em gestantes, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação apresentou 3.713 casos, em 2015. No mesmo ano, o maior quantitativo identificado foi na Região Sul (1.243), seguida pelas Regiões Sudeste (1.200), Nordeste (672), Norte (421) e Centro-Oeste (177).²

A partir da infecção, as gestantes soropositivas necessitam de cuidados de saúde por meio de acompanhamento clínico especializado, concomitante com o pré-natal. Possuem preocupação com a possibilidade de transmitir o HIV para seu filho, o que implica em questões biológicas de crescimento e desenvolvimento dessa criança, bem como nas questões sociais. Tais situações podem levar à omissão do diagnóstico de infecção pelo HIV para seus pares, podendo ocasionar restrição de seu suporte social, implicando na realização dos cuidados de saúde.³⁻⁴

O suporte social pode ser entendido como um conjunto de elementos

socioambientais que atuam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidarem de forma adequada com situações estressoras.⁵ Entende-se que o contexto social em que a gestante está envolvida poderá ser um fator que influencia nos cuidados necessários para a manutenção da profilaxia da TV do HIV.⁶

Diante disto, identificou-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre este assunto, pois nota-se cada vez mais a utilização de metodologias orientadas por referenciais teóricos das áreas humanas e sociais, sendo recursos aplicáveis no cuidado da enfermagem. Dessa forma, acredita-se que identificar as fontes de suporte social das gestantes com HIV poderá auxiliar os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias para qualificar a atenção a essa população. Para tanto, busca-se fortalecer a rede de suporte social a fim de apoiar tanto o enfrentamento da discriminação quanto a adesão às medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

Assim, este estudo objetivou identificar, na produção científica, as fontes e as repercussões do suporte social das gestantes com HIV.

MÉTODO

Estudo de revisão narrativa, desenvolvido com o intuito de possibilitar um panorama geral dos temas contemplados por publicações, diante da compreensão e análise crítica dos autores.⁷ A questão do estudo de revisão foi: “Quais são as fontes e as repercussões do suporte social em gestantes com HIV identificadas na produção científica?”. A busca foi desenvolvida nas bases de dados *National Library of Medicine (PubMed)*, *SciVerse Scopus (SCOPUS)* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)* (Tabela 1).

Tabela 1 - Apresentação das estratégias de busca e das bases de dados utilizadas na busca das produções científicas. PubMed, SCOPUS e Lilacs, 2016.

Base de dados	Estratégia de busca	Total de estudos
PubMed	((INFECTIOUS[All Fields] AND DESEASE[All Fields] AND ("transmission"[Subheading] OR "transmission"[All Fields]) AND VERTICAL[All Fields]) OR "TRANSMISSION, VERTICAL"[All Fields]) AND ("SOCIAL SUPPORT"[All Fields] OR "SOCIAL ASSISTANCE"[All Fields])	87
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ("INFECTIOUS DESEASE TRANSMISSION, VERTICAL" OR " TRANSMISSION, VERTICAL") AND TITLE-ABS-KEY ("SOCIAL SUPPORT" OR "SOCIAL ASSISTANCE"))	104
LILACS	("TRANSMISSAO VERTICAL" or "TRANSMISSAO VERTICAL DE DOENCA INFECCIOSA") or "GESTACAO DE ALTO RISCO") or "complicacoes infecciosas na gravidez") [Descriptor de assunto] and ("ASSISTENCIA SOCIAL") or "APOIO SOCIAL" or "redes de APOIO SOCIAL" [Descriptor de assunto]	08

A busca das produções se deu em fevereiro de 2016. Os critérios de inclusão foram: artigos primários (pesquisa), disponíveis na íntegra *online*, com acesso gratuito, nos idiomas inglês, português ou espanhol. O critério de exclusão foi: não responder à questão de revisão. Os artigos indexados em mais de uma base (duplicados) foram considerados apenas uma vez. Optou-se por não utilizar recorte temporal, pela restrição de artigos dessa temática. O fluxograma de seleção da produção científica foi desenvolvido de modo duplo independente por revisores previamente capacitados, contando com um terceiro revisor (orientador do estudo) em reuniões de consenso, quando necessário, conforme apresentado na Figura 1.

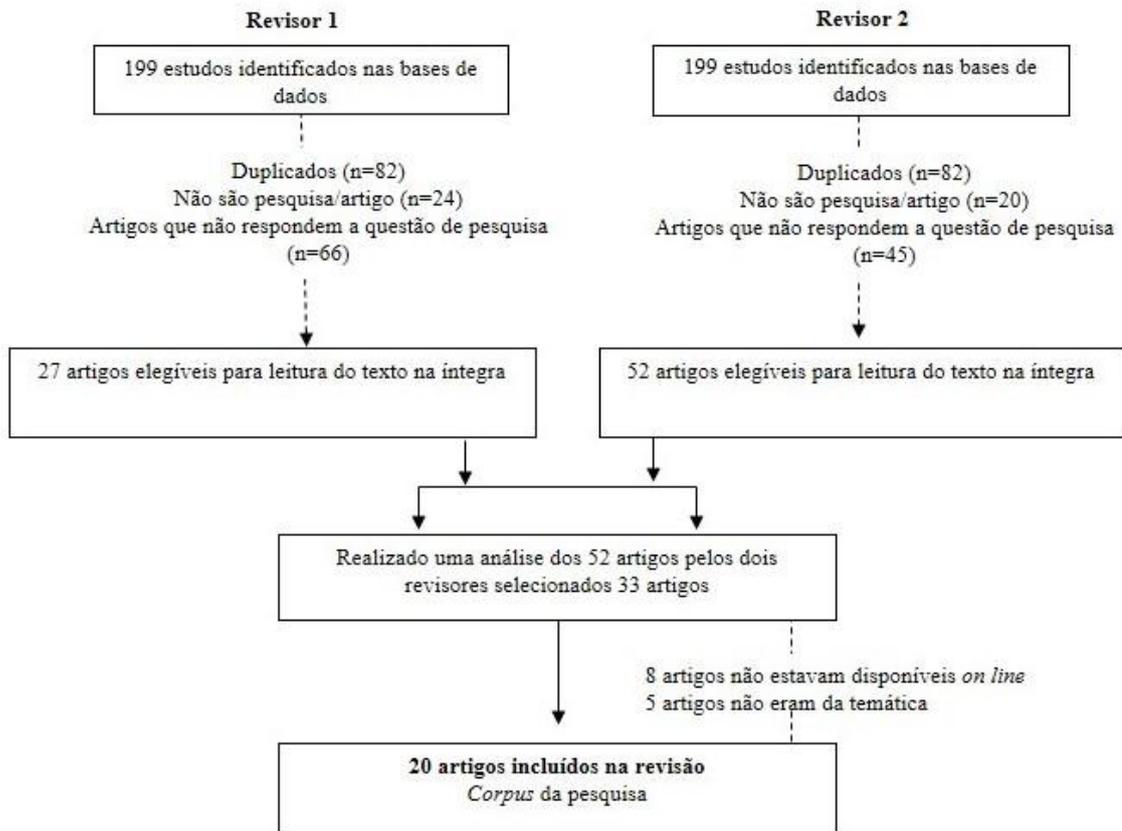


Figura 1 - Fluxograma de seleção da produção científica de suporte social das gestantes com HIV. PubMed, SCOPUS e Lilacs, 2016.

A leitura dos artigos e o preenchimento do instrumento, também, foram efetuados por dois revisores de forma independente, os quais posteriormente compararam as divergências da seleção, em busca de um consenso. Foi utilizada uma ficha para a extração de dados dos artigos selecionados, composta pelas variáveis: autores, ano de publicação, procedência do estudo, área do conhecimento, objetivo, delineamento metodológico, resultados e conclusões ou principais contribuições.

Após a leitura minuciosa dos artigos, foram submetidos à análise temática e extraídas informações acerca das fontes e as repercussões do suporte social das gestantes convergentes às categorias teóricas de suporte social. Este é classificado como: instrumental e emocional, sendo o primeiro relacionado à assistência em

situações do cotidiano, auxílio financeiro e resolução de problemas; e o segundo referindo-se à percepção de ser cuidado, comportamentos como escuta, ou fazer companhia, que contribuem para que a pessoa se sinta amada e estimada.⁸⁻⁹ Os aspectos éticos e as ideias centrais de cada um dos autores foram respeitadas e mencionadas no texto.

RESULTADOS

A caracterização dos estudos será apresentada no Quadro 1 foram 20 artigos incluídos na amostra do estudo.

ORIGEM	AUTOR	ANO	ÁREA	D*	PERIÓDICO
Nova Guiné	Carmone A. et al ¹⁰	2014	Medicina	01	<i>Global Health Action</i>
África do Sul	Richter L, Rotheram-Borus MJ, Van Heerden A, Stein A, Tomlinson M, Harwood JM. ¹¹	2014	Medicina Psicologia	01	<i>AIDS and Behavior</i>
	Madiba S. Letsoalo R. ¹²	2013	Multiprofissional	02	<i>Global Journal of Health Science</i>
	Roux IML, Tomlinsonb M, Harwoodc JM, O'Connord MJ, Worthmane CM, Mbewua N. ¹³	2013	Medicina Psicologia	01	<i>AIDS and Behavior</i>
	Futterman D. et. al ¹⁴	2010	Medicina	01	<i>AIDS Care</i>
	Peltzer K, Mlambo M, Phaswana-Mafuya N, Ladzani R. ¹⁵	2010	Medicina	01	<i>Acta pediatrica Latinoamericana</i>
	Nor B. et al ¹⁶	2009	Multiprofissional	02	<i>Journal of human lactation</i>
	Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Persson L. ¹⁷	2006	Medicina	02	<i>Journal of Nutrition or the elderly</i>
Zimbábue	Gregson S, Nyamukapa CA, Sherr L, Mugurungi O, Campbell C. ¹⁸	2013	Multiprofissional	01	<i>AIDS and behavior</i>
	Shroufi A, Mafara E, Saint-Sauveur JF, Taziwa F, Viñoles MC. ¹⁹	2013	Medicina	02	<i>PloS ONE (Online)</i>
Tanzânia	Young S. et al ²⁰	2013	Multiprofissional	02	<i>Breastfeeding medicine</i>
Malawi	Donahue MC, Dube Q, Dow A, Umar E, Van Rie A. ²¹	2012	Medicina	02	<i>AIDS Care</i>
	Chinkonde JR, Sundby J, Martinson F. ²²	2009	Medicina	03	<i>Reproductive Health Matters</i>

	Bwirire LD. et al ²³	2008	Medicina	01	<i>Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene</i>
Brasil	Jerome J, Galvao MTG, Lindau ST. ²⁴	2012	Enfermagem Medicina	02	<i>AIDS Care</i>
	Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. ²⁵	2010	Medicina Psicologia	03	Caderno de Saúde Pública
República de Ruanda	Delvaux T, Elul B, Ndagije F, Munyana E, Roberfroid D, Asiimwe A. ²⁶	2009	Medicina	01	<i>Epidemiology and social science</i>
Etiópia	Oladokun RE, Brown BJ, Osinusi K. ²⁷	2010	Medicina	01	<i>AIDS Care</i>
Jamaica	Weller PD, Hambleton IR, Chambers C, Bain S, Christie CDC, Bain B. ²⁸	2008	Medicina	03	<i>West Indian medical journal</i>
EUA	Demas PA. et al ²⁹	2002	Medicina	01	<i>PEDIATRICS</i>

D = Delineamento *01 Quantitativo, 02 Qualitativo, 03 Quanti-Qualitativo

Quadro 1 - Caracterização da produção científica de suporte social das gestantes com HIV. PubMed, SCOPUS e Lilacs, 2016.

Na Tabela 2 serão apresentados os fatores relacionados às fontes e as repercussões do suporte social percebido pelas gestantes selecionadas na produção científica.

Tabela 2 - Fatores relacionados ao suporte social de gestantes com HIV. PubMed, SCOPUS e Lilacs, 2016.

Suporte Social		Fatores relacionados ao objeto de estudo	
		Fonte	Repercussões
Suporte instrumental	Participação em programas de prevenção ^{13,16, 18-20, 23-28}	Acolhimento da equipe de saúde ^{11,16,21, 24} Educação em saúde ²⁰	Conforto das condições de saúde ²⁴
			Revelação do estado sorológico ¹⁶⁻¹⁹ Aderir às medidas de profilaxia da TV ^{11,16-19} Repercussões positivas na saúde sexual ^{13,19,28}
Suporte emocional	Família ^{12,14,15,24,25,27-29}	Companheiro ^{10,22,26} Amigos ^{15,24,27} Deus e a fé ^{15,24,27}	Estímulos para continuidade do tratamento ^{15,24,27,29}
			Revelação do estado sorológico ²⁹ Motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento ²⁴

DISCUSSÃO

Fontes e as repercussões do suporte social instrumental

Nesta categoria serão descritas as repercussões do suporte social instrumental no acompanhamento clínico, como nas medidas de prevenção da TV das mulheres com HIV. Com a análise dos estudos podem-se evidenciar as fontes de suporte social instrumental, dentre as quais estão a participação das gestantes com HIV em Programas de Prevenção da Transmissão Vertical (PPTV) e/ou associações comunitárias^{13,16,18-20,23-28}. Além disso, o apoio e acolhimento da equipe de saúde^{11,16,21,24}, a realização de educação em saúde²⁰ durante o período gravídico e puerperal.

Evidencia-se a importância da relação entre as gestantes com HIV e a equipe de saúde, quando 13 das 18 mulheres receberam o diagnóstico durante a consulta de acompanhamento do pré-natal. Essas mulheres iniciaram, simultaneamente, o acompanhamento em PPTV e/ou associações comunitárias. Como também, nove das 18 mulheres relataram que o apoio da equipe de saúde foi o único tipo de suporte social que elas possuíram, após o diagnóstico do HIV, o que proporcionou conforto diante da condição de saúde.²⁴

Uma das fontes de suporte social instrumental mencionada¹⁶⁻¹⁹ são os PPTVs, os quais utilizaram uma abordagem centrada na família, dessa forma, contribuíram para revelação do estado sorológico, e na adesão aos antirretrovirais. Nesta perspectiva^{13,19,23} destaca-se a importância da participação de mulheres em PPTV, as quais realizaram a revelação de seu diagnóstico e receberam apoio dos seus

familiares. Assim, foram evidenciadas as repercussões na saúde sexual: consideraram-se com maior capacidade para negociar o planejamento familiar, além do uso de preservativo, e solicitar ao companheiro que realizasse o teste de anticorpos do HIV.

Entretanto, os estudos²³⁻²⁸ demonstram algumas barreiras para perda do seguimento do acompanhamento do PPTV, como o acesso diante das dificuldades financeiras enfrentadas pelas gestantes. Além disso, as mulheres com doenças oportunistas decorrentes da infecção pelo HIV, que procuraram cuidados para sua própria saúde, encontraram incompleta a oferta de medicamentos, e, ainda, relataram longos tempos de espera para atendimentos hospitalares.

Também se verificaram algumas fragilidades no desenvolvimento e repercussão das atividades nas organizações comunitárias, as quais foram evidenciadas como fonte de suporte social. Observou-se à baixa participação de homens nas organizações comunitárias (16% homens e 47% de mulheres), nesses cenários são realizadas ações e debates sobre temáticas diversas, como os cuidados em saúde, sendo uma oportunidade para esclarecer dúvidas e adquirir novos conhecimentos. As organizações comunitárias com patrocínio externo fornecem maior apoio a discussões sobre profilaxia da transmissão HIV, do que outros grupos, entretanto a pequena participação masculina pode ser um fator que contribui para baixa adesão dessas medidas.¹⁸

Em outros países, a utilização de algumas estratégias de educação em saúde²⁰, desenvolvidas por educadores pares foi destacada. Estes são trabalhadores de saúde que devem ser membros das comunidades, responsáveis pelas atividades de aconselhamento sobre os cuidados de saúde. Perceberam resultados positivos nesse tipo de intervenção, as mulheres tiveram maiores chances de completar o

tratamento antirretroviral tanto materno como infantil. E também, conseguiram aderir às medidas de profilaxia da TV, até 17 meses após o parto.¹¹

Por outro lado, quando as mulheres não reconheceram estarem sendo orientadas, devido à restrita habilidade em aconselhamento, como também, por terem recebido pouco apoio psicossocial desses profissionais, isso resultou em isolamento e tristeza.^{16,21}

A educação em saúde e o apoio prestado pelos PPTVs foram vistos como os promotores do sucesso da pasteurização do leite materno. Esta é uma estratégia para reduzir a taxa de TV recomendada pela OMS, sendo uma opção de alimentação infantil nos locais onde é restrita a distribuição de fórmula láctea infantil.²⁰

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS recomendam que as mulheres soropositivas devam evitar a amamentação, quando conseguem substituir alimentação de forma acessível e segura. Se os métodos não atendem a esses critérios, o aleitamento materno exclusivo é recomendado. Estudo descreve duas questões que influenciaram na escolha de alimentação infantil: suas próprias crenças/conhecimentos sobre os benefícios da amamentação e as experiências de aconselhamento durante o pré-natal.¹⁷

Fontes e as repercussões do suporte social emocional

Quanto à categoria suporte social emocional, observaram-se como fontes a família^{12,14,15,24,25,27-29}, o companheiro^{10,22,26}, os amigos^{15,24,27} e a crença em Deus e fé^{15,24,27}, e como estímulos para continuidade do tratamento. Fica explícito que as questões culturais e familiares influenciaram nas decisões em relação aos cuidados

de saúde maternos e infantis.

A fonte de suporte emocional mais evidenciada foi a família, mesmo que esta remeta às dificuldades na revelação da condição sorológica. Conforme os estudos^{12,14,25,28}, as gestantes acreditavam que os familiares apresentavam opiniões e percepções negativas acerca das pessoas com HIV, o que poderia gerar estigma e discriminação.

No entanto, quando o suporte social vem da família, se observou que a gestante consegue revelar sua condição sorológica pelo menos à própria mãe ou a um membro da família, e as taxas de zidovudina nos níveis plasmáticos infantis durante a gravidez se apresentam mais elevados.²⁹

Mesmo com medo devido à estigmatização e preconceito, as mulheres com HIV revelaram seu *status* sorológico, principalmente ao companheiro (78%), e apenas 39,6% divulgaram a sorologia a familiares, amigos e pastores. Com isso, elas receberam maior apoio nos cuidados com o RN e na manutenção da alimentação infantil, principalmente por familiares do sexo feminino.^{10,15,22,26-27}

Em contrapartida, muitas mulheres não revelaram seu estado sorológico ao companheiro por medo de divórcio ou violência doméstica, relacionado à submissão ao homem por ser provedor de recursos financeiros.^{10,22,26} Em um estudo com 28 mulheres soropositivas, 14 reconheceram a importância da realização das consultas de pré-natal e do tratamento, mas, pelo medo de revelarem seu estado sorológico para o companheiro, elas não aderiram totalmente às medidas de profilaxia.²⁶

Nesse sentido, estudo teve como objetivo, esclarecer por que algumas mulheres inscritas em PPTV, em Lilongwe, Malawi, não participaram totalmente das visitas de acompanhamento nos primeiros seis meses após o teste HIV positivo.²² Verificou-se que as mulheres desistiam dos PPTVs, visto que seu

companheiro se recusava a realizar medidas profiláticas para transmissão do HIV. Esse resultado converge com o encontrado em outros estudos^{26,10}, onde as mulheres sentiram-se incapazes de negociar a utilização de preservativo, pois temiam o abandono de seus companheiros, além disso, relataram ter que solicitar permissão ao companheiro para aderir às medidas de profilaxia da TV.

Mulheres com HIV buscaram ajuda para superar episódios de depressão por meio da religião, na família e em amigos. Nesta perspectiva, declararam fortes laços com as instituições religiosas e sua relação com Deus, como a principal motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento. Dessa forma, foram mais propensas a frequentar igrejas, pelo menos uma vez por semana.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que as principais fontes de suporte social das gestantes vivendo com HIV, como a participação em programas de prevenção da transmissão vertical e/ou associações comunitárias, o acolhimento da equipe de saúde, a realização de educação em saúde, a família, o companheiro, os amigos e a fé em Deus. Como as principais repercussões evidenciaram-se o conforto das condições de saúde, a revelação do estado sorológico, a adesão às medidas de profilaxia da TV, alguns efeitos na saúde sexual, a motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento

Diante do exposto, acredita-se que este estudo de revisão pode contribuir para uma reflexão dos profissionais de saúde, sobre a falta de articulação entre as fontes de suporte social, o que pode implicar no abandono dos cuidados em saúde materno e infantil. Indica-se que os profissionais de saúde, entre estes os da

enfermagem, procurem conhecer quais são as fontes e repercussões do suporte social percebido pelas mulheres que assistem, a fim de incluir, em seu planejamento assistencial, as demandas sociais, para além das clínicas.

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, entretanto, isto implica na dificuldade de comparar estudos primários com diferenças nas populações, intervenções, variáveis ou desfechos. Também ressaltam-se tanto o reduzido número de publicações nacionais que abordaram essa temática, quanto a lacuna de pesquisas com a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Recomenda-se a ampliação das bases de dados em estudos futuros, visando acessar outros estudos.

REFERÊNCIAS

- 1 - Rodrigues STC, Vaz MJR, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta paul enferm.* 2013;26(2):158-164.
- 2 - Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 3 - Silva SS, Tavares JSC. Rede de apoio a mulheres com HIV na prevenção da transmissão vertical: revisão integrativa. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(2): 225-231.
- 4 - Caldas MAG, Porangaba SCF, Melo ES, Gir E, Reis RK. Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção pelo HIV. *Rev RENE.* 2015 jan-fev; 16(1):29-37.

- 5 - Cohen S, Underwood LG, Gottlieb HB. Social support measurement and intervention. New York: Oxford University Press, 2000.
- 6 - Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Silva CB. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. *Cogitare Enferm*. 2012;17(4):758- 66.
- 7- Rother ET. Systematic literature review X narrative review. *Acta paul enferm*. 2007;20(2):V-VI.
- 8 - Gonçalves TR. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(3):1755-1769.
- 9 - Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de Escala para avaliação do Suporte Social em HIV/aids. *Psicol teor pesqui*. 2006;22(3):317-326.
- 10 - Carmone A, Bomai K, Bongsi W, Frank TD, Dalepa H, Loifa B et al. Partner testing, linkage to care, and HIV-free survival in a program to prevent parent-to-child transmission of HIV in the Highlands of Papua New Guinea. *Glob Health Action*. 2014; 7: 24995.
- 11 - Richter L, Rotheram-Borus MJ, Van Heerden A, Stein A, Tomlinson M, Harwood JM. Pregnant Women Living with HIV (WLH) Supported at Clinics by Peer WLH: A Cluster Randomized Controlled Trial. *AIDS Behav*. 2014;18:706-715.
- 12 - Madiba S, Letsoalo R. HIV Disclosure to Partners and Family among Women Enrolled in Prevention of Mother to Child Transmission of HIV Program: Implications for Infant Feeding in Poor Resourced Communities in South Africa. *Global Journal of Health Science*. 2013; 5(4):1-13.
- 13 - Roux IML, Tomlinsonb M, Harwoodc JM, O'Connord MJ, Worthmane CM, Mbewua N. Outcomes of home visits for pregnant mothers and their infants: a cluster randomized controlled trial. *AIDS*. 2013; 27(9):1461-1471.
- 14 - Futterman D, Shea J, Besser M, Stafford S, Desmond K, Comulada WS, et

al.Mamekhaya: A pilot study combining a cognitive behavioral intervention and mentor mothers with PMTCT services in South Africa. *AIDS Care*. 2010 Sep; 22(9):1093-100.

15 - Peltzer K, Mlambo M, Phaswana-Mafuya N, Ladzani R. Determinants of adherence to a single-dose nevirapine regimen for the prevention of mother-to-child HIV transmission in Gert Sibande district in South Africa. *Acta Paediatrica Latinoamericana*. 2010; 99: 699-704.

16 - Nor B, Zembe Y, Daniels K, Doherty T, Jackson D, Ahlberg BM, et al. "Peer but Not Peer": Considering the Context of Infant Feeding Peer Counseling in a High HIV Prevalence Area. *J Hum Lact*. 2009;25(4):427-434.

17 - Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Persson L. A longitudinal qualitative study of infant-feeding decision making and practices among HIV-positive women in South Africa. *Journal of Nutrition*. 2006; 136(9): 2421-2426.

18 - Gregson S, Nyamukapa CA, Sherr L, Mugurungi O, Campbell C. Grassroots community organizations' contribution to the scale-up of HIV testing and counselling services in Zimbabwe. *AIDS*. 2013; 27(10):1657-1666.

19 - Shroufi A, Mafara E, Saint-Sauveur JF, Taziwa F, Viñoles MC. Mother to Mother (M2M) Peer Support for Women in Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) Programmes: A Qualitative Study. *PLOS ONE*. 2013; 8(6):1-6.

20 - Young S, Leshabari S, Arkfeld C, Singler J, Dantzer E, Israel-Ballard K et al. Barriers and Promoters of Home-Based Pasteurization of Breastmilk Among HIV-Infected Mothers in Greater Dar es Salaam, Tanzania. *Breastfeeding medicine*. 2013;8(3):321-326.

21 - Donahue MC, Dube Q, Dow A, Umar E, Van Rie A. "They Have Already Thrown Away Their Chicken": Barriers Affecting Participation by HIV-infected Women in

Care and Treatment Programs for Their Infants in Blantyre, Malawi. *AIDS Care*. 2012 October; 24(10): 1233-1239.

22- Chinkonde JR, Sundby J, Martinson F. The prevention of mother-to-child HIV transmission programme in Lilongwe, Malawi: why do so many women drop out. *Reproductive Health Matters*. 2009;17(33):143-151.

23 - Bwirire LD, Fitzgerald M, Zachariah R, Chikafa V, Massaquoi M, Moens M et al. Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2008;102:1195–1200.

24 - Jerome J, Galvao MTG, Lindau ST. Brazilian Mothers with HIV: Experiences with Diagnosis and Treatment in a Human Rights Based Health Care System. *AIDS Care*. 2012 April; 24(4):491-495.

25 - Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1788-1796.

26- Delvaux T, Elul B, Ndagije F, Munyana E, Roberfroid D, Asiimwe A. Determinants of Nonadherence to a Single-Dose Nevirapine Regimen for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Rwanda. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009; 50(2):223-230.

27 - Oladokun RE, Brown BJ, Osinusi K. Infant-feeding pattern of HIV-positive women in a prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programme. *AIDS Care*. 2010; 22(9):1108-1114.

28 - Weller PD, Hambleton IR, Chambers C, Bain S, Christie CDC, Bain B. Voices of the Women: Feedback from Women of Child-bearing Age who are Living with HIV

can help Improve Efficacy of Psychosocial Interventions. West Indian Med J. 2008; 57 (3): 274.

29 - Demas PA, Webber MP, Schoenbaum EE, Weedon J, McWayne J, Enriquez E et al. Maternal Adherence to the Zidovudine Regimen for HIV-Exposed Infants to Prevent HIV Infection: A Preliminary Study. Pediatrics. 2002;110(3):1-5.

2.3 REFERENCIAL TEÓRICO DE SUPORTE SOCIAL, AVALIADO POR MEIO DA ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Os conceitos de rede social e de suporte social têm-se apresentado como recursos aplicáveis na prática da enfermagem. Entretanto, a literatura mostra que, não há clareza acerca desses dois conceitos, na maioria das vezes o conceito mais utilizado é o de suporte social (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

Desse modo, o conceito de rede é definido como sistemas que se encontram conectado, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou a “forma” das relações sociais. O termo rede pode assumir diferentes significados, dependendo da percepção que o indivíduo possui, ou dos aspectos da realidade a serem representados. Portanto, a ideia de rede pode referir-se ao suporte, como também ao controle (BOCCACIN, 2001; NÓBREGA, et al., 2010).

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 a finalidade social, utilizado para interpretar a realidade. Os estudos sobre rede social tiveram início e estruturaram-se a partir de 1954, por John Barnes. Este autor utiliza esse conceito para descrever as relações informais, que são estruturadas de acordo com as opções pessoais, não sendo fixas nem estáveis, podendo estabelecer e desfazer laços com outras pessoas sem obedecer nenhuma limitação de caráter funcional (SANICOLA, 2008).

Neste sentido, outros estudos foram desenvolvidos, Elisabeth Bott (1957) recorre ao termo *network* para interpretar as diferenças do grau de segregação dos papéis conjugais a partir de relações externas à família. Destacam-se as diferentes densidades de *network*, onde algumas famílias são representadas por rede de malhas, classificadas como apertadas ou alargadas. Segundo sua pesquisa varia de maneira proporcional à densidade da *social network*. Em 1969, J.C. Mitchell faz uma distinção entre as *networks* das relações pessoais e a estrutura das relações organizadas. O termo *network analysis* transformou-se um método específico para estudos das relações interpessoais (SANICOLA, 2008).

Várias pesquisas foram sendo desenvolvidas, principalmente a respeito da estrutura e funções das redes. Para tanto, estudos representados por Claude Brodeur (1984), mostram a relação entre redes de natureza diversas. As redes sociais, tanto primárias quanto secundárias, são caracterizadas em três aspectos: sua estrutura, suas funções e sua dinâmica. As redes primárias são constituídas por laços de família, amizade, vizinhança e trabalho. Já as redes

secundárias são constituídas por instituições que formam o bem-estar social (educação, saúde, serviço social, etc) (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008; SILVA; TAVARES, 2015).

Torna-se importante distinguir suporte social de rede social, pois são conceitos interligados, mas possuem diferenças entre si. Assim 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 social encontra-se na dimensão pessoal, sendo composto por membros dessa rede social, efetivamente importantes para as famílias (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

Outros autores definem o suporte social como compreendendo qualquer informação, falada ou não, e/ou assistência material e proteção oferecida por outras pessoas e/ou grupos com os quais se têm contatos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. A partir desse entendimento é possível perceber como ocorrem as relações das famílias com a comunidade onde estão inseridas. Dessa forma, compreendendo a rede e o suporte social como fundamental à família e ao indivíduo principalmente no enfrentamento de situações complexas (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

Os estudos de Caplan (1974), Cassel (1974 e 1976) e Cobb (1976), são as principais bases de investigação sobre o suporte social. Primeiramente, Caplan introduz o termo “sistema de suporte”, que abrange além do núcleo familiar, mas também os serviços informais. Nesta 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, 2008).

Para tanto, Cassel desenvolveu trabalhos sobre os processos psicossociais na etiologia de doenças em particular, o papel do suporte social pode desempenhar relacionado com as situações de estresse. Além disso, Cobb em seus estudos assinalou a influência das interações sociais sob o bem-estar e a saúde das pessoas. Definiu três categorias: instrumental, de informação e a emocional. A primeira relaciona-se a assistência em situações do cotidiano, auxílio financeiro e resolução de problemas. O suporte informacional refere-se com a obtenção de informações e conselhos. A última categoria refere-se à percepção de ser cuidado, comportamentos como escuta, ou fazer companhia, que contribuem para que a pessoa se sinta amada e estimada (COBB, 1976; COHEN; WILLS, 1985).

De acordo com a conceituação e o tipo de medida focalizada, o suporte social pode ser dividido em duas categorias: aspectos estruturais e funcionais do suporte. Os aspectos estruturais detêm a frequência ou a quantidade das relações sociais,

interpretando a integração da pessoa em uma rede social. Nesta subdivisão, avalia-se o tamanho da rede, homogeneidade, reciprocidade, acessibilidade e frequência de contato, além dos tipos de papéis sociais que as pessoas desenvolvem. Já o componente funcional analisa-se a compreensão quanto à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido, predominando na literatura o suporte emocional ou de estima e o instrumental ou operacional (THOITS, 1995; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). Portanto, fica claro que o suporte social tem a função de amenizar o impacto das situações que afetam de forma negativa à saúde, uma vez que é fundamental que as pessoas sintam-se confiantes e seguras para que possam atingir um bem-estar. Este processo torna-se mais complicado quando a rede de apoio está fragmentada, levando-nos a refletir sobre a importância das dimensões do suporte social.

3. RECURSOS METODOLÓGICOS

O projeto matricial foi desenvolvido na abordagem quantitativa com delineamento transversal, tendo como objetivo geral avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde (APS) às crianças, aos adolescentes, as gestantes e puérperas infectadas pelo HIV, segundo o instrumento PCATool-Brasil na versão dos profissionais e dos usuários do SUS.

O local de coleta de dados foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado no Município de Santa Maria, na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, uma vez que o mesmo é um serviço de referência regional para o atendimento e acompanhamento de doenças infecciosas. A coleta aconteceu de abril a novembro de 2014, a partir de um instrumento composto por: 1) Questionário de caracterização sócio demográfico, clínico e obstétrico das gestantes e puérperas com HIV/aids; 2) PCATool-ADULTOBRASIL versão reduzida, na experiência das usuárias; 3) Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids.

As participantes foram acessas neste serviço quando compareciam as consultas médicas agendas. Os critérios de inclusão foram: as mulheres que utilizaram os serviços públicos de APS do município de Santa Maria/RS, durante o período gravídico e puerperal, reportando-se ao período de 2012 a 2014. A partir de uma lista de notificações de gestantes com HIV do Serviço de Vigilância Epidemiológica do HUSM a população elegível totalizava 109 possíveis participantes. Os critérios de exclusão: as mulheres que apresentassem dificuldade de expressão verbal, que estivessem em regime carcerário fechado ou que referissem serviços particulares como fonte regular da atenção à saúde. Houve 31 perdas, destas duas foram pela recusa em participar da pesquisa e 29 foi devido ao não comparecimento nos serviços de saúde durante o período de coleta de dados, perfazendo 78 participantes como população do estudo.

A avaliação da percepção e satisfação do suporte social recebido foi realizada por meio da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, derivada de instrumento canadense denominado *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids*, específico para pessoas soropositivas (RENWICK *et al.*, 1999). Este instrumento foi adaptado e traduzido para o português, com base em procedimentos de análise semântica e tradução reversa, por Seidl e Tróccoli (2006). Composta por duas dimensões:

1. Suporte emocional (12 itens) – percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à

soropositividade;

2. Suporte instrumental (12 itens) – percepção e satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira.

A composição dos escores foi calculada pela média aritmética dos valores dos itens correspondentes a cada fator (disponibilidade e satisfação), de modo que estes variem de 1 a 5 para o suporte emocional e para o suporte instrumental.

Foram consideradas **variáveis dependentes**: suporte social percebido; e como **variáveis independentes** foram as características sócio demográficas, econômicas e sociais: escolaridade, situação conjugal, quantidade de filhos, situação de emprego, renda mensal, história prévia e/ou atual do uso de tabaco, história prévia e/ou atual do uso de drogas, ingestão frequente de bebidas alcoólicas; características clínicas e obstétricas: história prévia de abortamento, realização de pré-natal, número de consultas pré-natal, tempo de diagnóstico de infecção pelo HIV, via de infecção pelo HIV, momento do diagnóstico da infecção pelo HIV, condição sorológica do parceiro, realiza TARV antes da descoberta da gestação, realizou TARV durante a gestação, semanas de gestação que iniciou TARV, problemas de saúde durante a gestação, coinfeção durante a gestação, semanas de gestação na data do parto, tipo de parto, utilizou medicamento ART durante o parto, complicações obstétricas durante o parto, utilizou inibidor da lactação e peso do recém-nascido.

Para a análise dos dados foi avaliado a normalidade das variáveis por meio do teste *Shapiro-wilk*, sendo considerado variável normal com p maior ou igual a 0,05. Utilizou-se estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) para apresentação das características basais da população e teste T de amostras independentes. Foi utilizado o teste exato de *Fischer* para avaliar a distribuição das variáveis independentes frente a variável dependente. A regressão logística linear foi usada para obter estimativas de OR e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para o conjunto de fatores intervenientes, utilizando método *backward*. Em todas as análises, adotou-se nível de significância $p < 0,05$.

Os dados foram digitados no programa Epi Info versão 7.0, utilizando-se dupla digitação independente, com verificação de erros e inconsistências, a fim de garantir a exatidão dos dados. Após a verificação e correção das inconsistências, a análise dos dados foi feita utilizando-se o *Software SPSS* versão 21.0 for Windows.

Quanto ao atendimento dos aspectos éticos foi elaborado o Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (ANEXO C), no qual este estudo se compromete com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados. Para a

utilização do banco de dados para elaboração deste estudo foi elaborado o Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados (ANEXO D), a qual a pesquisadora responsável autorizou a utilização do banco de dados para esta pesquisa.

4.0 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma um artigo científico, intitulado “A influência do período gravídico puerperal no suporte social percebido em mulheres vivendo com HIV”, possui como objetivo: Avaliar se o suporte social percebido por gestantes é diferente daqueles percebido por puérperas vivendo com HIV. Pretende-se submeter este artigo para o periódico Texto e Contexto em Enfermagem. Este está apresentado conforme as normas do periódico que será submetido, segundo as recomendações da MDT / UFSM (2015).

4.1 ARTIGO

A INFLUÊNCIA DO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL NO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO EM MULHERES VIVENDO COM HIV

RESUMO

Objetivo: avaliar se o suporte social percebido por gestantes é diferente daquele percebido por puérperas vivendo com HIV. **Método:** pesquisa do tipo transversal, realizada no Município de Santa Maria/RS, Brasil. Foi utilizado um instrumento composto por questionário de caracterização sócio demográfico, clínico e obstétrico; Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids. A coleta de dados aconteceu de abril a novembro de 2014, com 78 gestantes e puérperas. Foram utilizados estatísticas descritivas, teste T, teste exato de *Fischer* e regressão logística linear. **Resultados:** Foi observado que ser gestante é fator de proteção quando comparado ao puerpério, visto que as puérperas apreentam uma chance de 8,8 vezes de ter baixo suporte social geral (OR: 8,80; IC: 1,01 – 16,76), e 6,0 vezes (OR: 6,00; IC: 1,53 – 10,48) para suporte social instrumental. Sendo significativa a associação com ingestão de bebidas alcoólicas ($p = 0,007$), utilização de TARV antes da descoberta da gestação ($p = 0,044$), o grau de satisfação com apoio nas atividades para o dia a dia ($p = 0,050$), apoio recebido de amigos no suporte social emocional ($p = 0,009$), apoio recebido de amigos no suporte social instrumental ($p = 0,004$). **Conclusão:** Os profissionais de saúde precisam conhecer e interagir com a rede de suporte social, dessa forma poderão auxiliar neste período de reorganização familiar.

Descritores: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Humana; Gravidez; Período Pós Parto; Apoio Social.

INTRODUÇÃO

Para redução das taxas de transmissão vertical do HIV o Ministério da Saúde (MS) do Brasil tanto recomenda o uso da terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação e parto pela mulher, e no período pós-natal pelo recém-nascido. Como, também, desenvolve uma política de acompanhamento da gestação em serviço especializado fornecendo o tratamento para as mulheres com esta condição.¹

No período de janeiro de 2000 até junho de 2016 foram notificadas, no Brasil, 99.804 gestantes infectadas com HIV. Observa-se uma concentração dos casos na Região Sudeste (31,9%), no Sul (29,6%), no Nordeste (20,9%), no Norte (11,8%) e no Centro-Oeste (5,8%).²

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, se tornando obstáculos para a prevenção da

transmissão vertical.³⁻⁴

As mulheres vivendo com HIV se defrontam com dificuldades pessoais, familiares e sociais. Particularmente durante o período gravídico puerperal, acontecem alterações biológicas, emocionais e psicológicas, podendo ocasionar na não adesão às medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV. Dessa forma, são necessárias estratégias de enfrentamento para a construção de novos caminhos, principalmente por se tratar de uma condição crônica e que possui especificidades de uma infecção transmissível.⁴

Evidenciando assim a importância do suporte social, principalmente frente ao papel de amenizador dos efeitos negativos de eventos estressantes relacionados à infecção, e contributivo para seu enfrentamento. O suporte da família e amigos faz com que as mulheres vivendo com HIV sintam-se mais corajosas para continuar sua vida com uma condição crônica.⁵

Os profissionais de saúde necessitam compreender a influência do suporte social na vida dessas mulheres, identificando os integrantes da rede de suporte social. Essas pessoas conseguem fornecer informações tanto no contexto social como econômico, quanto à evolução da doença, contribuindo na adesão ao tratamento. Nesse sentido, esta investigação possui como objetivo: avaliar se o suporte social percebido por gestantes é diferente daquele percebido por puérperas vivendo com HIV.

REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de suporte social pode ser definido como a "informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas".^{6:300} Portanto, o suporte social encontra-se na dimensão pessoal, sendo composto por membros de uma rede social com direitos e deveres comuns.⁵

Estudos realizados acerca do suporte social apresentam o predomínio de duas categorias: o instrumental ou operacional e o suporte emocional ou de estima. A primeira relaciona-se ao auxílio financeiro e resolução de problemas do dia a dia. Na segunda o suporte social emocional refere-se à escuta, atenção ou fazer companhia, que contribuem para que a pessoa se sinta amada e cuidada.⁶⁻⁷

Ainda, o suporte social pode ser dividido em dois aspectos: estruturais e funcionais do suporte. Os aspectos estruturais detêm a frequência e a quantidade, compreendendo a relação das pessoas na rede social. O aspecto funcional avalia-se quanto à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido.⁸

O suporte social é um aspecto fundamental para motivar as mulheres quando se defrontam com a doença, e com as questões sociais. No Distrito Federal foi desenvolvido um estudo com 101 pessoas vivendo com HIV e que faziam seu tratamento em dois serviços especializados em HIV da rede pública de saúde. Evidenciou-se nas análises bivariadas que as pessoas que percebiam maior disponibilidade de suporte social estavam mais satisfeitas e apresentavam maior adesão ao tratamento antirretroviral.⁹

Aponta-se na literatura que o fornecimento de suporte social auxilia no aumento à adesão ao tratamento, melhorando as condições de saúde. Também sendo um fator de proteção nos aspectos físicos, mentais e psicofafetivos, principalmente em indivíduos acometidos por condição crônica.¹⁰⁻¹¹⁻¹²

MÉTOD

Trata-se de um estudo transversal, realizado no Município de Santa Maria/RS, Brasil. O local de coleta de dados foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período de abril a novembro de 2014. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, com o número sob o número do parecer 773.483 e CAAE 26498113.0.0000.5346.

A população elegível do estudo foi composta por 109 participantes, as quais foram acessadas por meio de uma lista de notificações de gestantes com HIV fornecida pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do HUSM. Destas 78 participaram da pesquisa, em vista que houve duas recusas e 29 mulheres não compareceram nas consultas neste serviço de saúde durante o período de coleta de dados, totalizando 31 perdas.

Os critérios de inclusão foram: as mulheres que utilizaram os serviços públicos de APS do Município de Santa Maria/RS durante o período gravídico puerperal, nos anos de 2012 a 2014. Foram critérios de exclusão: mulheres que estivessem em regime carcerário fechado ou que referissem serviços particulares como fonte regular da atenção à saúde.

Para a coleta dos dados foi aplicado um instrumento que contempla: questionário sociodemográfico, econômico, clínico-obstétricos e a escala para avaliação do suporte social em HIV/aids, que é bidimensional, composta de 24 itens.¹³ A primeira dimensão estava relacionada ao suporte emocional (12 itens) e a segunda, ao suporte instrumental (12 itens). As respostas foram em Escala tipo Likert de cinco pontos, tanto para disponibilidade de suporte (1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre) quanto para satisfação com o suporte (1 = muito insatisfeito; 2 = insatisfeito; 3 = nem

satisfeito/nem insatisfeito; 4 = satisfeito; 5 = muito satisfeito), tendo amplitude de escore geral de 1 a 5 pontos, quanto maior a pontuação, melhor o suporte social.

Foi considerada variável dependente o suporte social, e as variáveis independentes foram: características sócio demográficas, econômicas, sociais, clínicas e obstétricas. A partir da avaliação da normalidade das variáveis por meio do teste Shapiro-wilk, realizou-se estatística descritiva para apresentação das características basais e o teste T de amostras independentes. Foi utilizado o teste exato de *Fischer* para avaliar a distribuição das variáveis independentes frente a variável dependente. A regressão logística linear foi usada para obter estimativas de OR e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) para o conjunto de fatores intervenientes, utilizando método *backward*. Em todas as análises, adotou-se nível de significância $p < 0,05$. A análise dos dados foi feita utilizando-se o software IBM SPSS versão 21.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 78 participantes, das quais 33,3% ($n = 28$) estavam gestantes no momento da coleta de dados. A idade média foi de 43,21 anos (DP = 10, 47 anos), mediana de 10 anos de estudo (mínimo de 3 anos; máximo de 12 anos), e renda mensal mediana de R\$925,00 (mínimo R\$134,00; máximo R\$ 3.000,00). Com relação a raça 47,4% ($n = 37$) se identificaram como brancas, 25,6% ($n = 20$) como negras, 20,5% ($n = 16$) como pardas, 5,1% ($n = 4$) como amarelas e 1,3 ($n = 1$) como indígenas. As demais características da população de estudo estão demonstradas na tabela 1, conforme período gravídico puerperal.

Tabela 1. Dados sócio demográficos de gestantes ($n = 28$) e puérperas ($n = 50$) que vivem com HIV, Santa Maria/RS. Brasil. 2014 ($n = 78$)

Variável	População Total % (n)	Gestantes % (n)	Puérperas % (n)	P*
Situação conjugal,				0,56
Convive com esposo ou companheiro	66,7 (52)	61,5 (16)	69,2 (36)	
Solteiro	32,1 (25)	38,5 (10)	28,8 (15)	
Separado, divorciado ou viúvo	1,3 (01)	0,0 (00)	1,9 (01)	
Condição sorológica do parceiro (caso tenha parceiro fixo),				0,17
Infectado pelo HIV	38,4 (28)	37,5 (09)	38,8 (19)	
Não infectado pelo HIV	43,8 (32)	33,3 (08)	49,0 (24)	
Sem teste confirmatório	17,8 (13)	29,2 (07)	12,2 (6)	
Trabalho				0,48
Empregado com carteira assinada	9,0 (7)	3,8 (1)	11,5 (6)	

Empregado sem carteira assinada	80,8 (63)	84,6 (22)	78,8 (41)	
Desempregado	10,3 (08)	11,5 (3)	9,6 (5)	
História prévia e/ou atual do uso de tabaco	48,7 (38)	53,8 (14)	46,2 (24)	0,34
História prévia e/ou atual do uso de drogas	21,8 (17)	19,2 (5)	23,1 (12)	0,77

*Teste exato de *fisher*.

Algumas variáveis somente as puérperas conseguiram responder, devido ao período clínico que encontram-se, em relação as semanas de gestação na data do parto mediana de 38 semanas (mínimo de 28 semanas; máximo de 42 semanas), prematuridade (menor que 37 semanas de gestação) 26% (n = 13). Quanto ao tipo de parto, 29,6% (n = 16) vaginal, 37,0% (n = 20) cesáreo eletivo e 33,4% (n = 18) cesáreo de urgência. Sobre a utilização de TARV durante o parto 81,5% (n = 44) e o uso do inibidor da lactação 90,9% (n = 50). As demais características clínicas e obstétricas da população de estudo estão demonstradas na tabela 2, conforme período gravídico puerperal.

Tabela 2. Dados clínicos e obstétricos de gestantes (n = 28) e puérperas (n = 50) que vivem com HIV, Santa Maria/RS. Brasil. 2014 (n = 78)

Variável	População Total % (n)	Gestantes % (n)	Puérperas % (n)	P*
História prévia de abortamento, em porcentual (n)	28,2 (22)	23,1 (6)	30,8 (16)	0,33
Realizou pré-natal, em porcentual (n)	96,2 (75)	96,2 (25)	96,2 (50)	0,71
Consultas pré-natal realizadas, mediana (mínimo – máximo)	7 (1 – 16)	5,00 (3,73)	7,61 (3,65)	0,01
Modo de infecção pelo HIV, em porcentual (n)				0,14
Contato sexual	60,4 (51)	53,8 (14)	71,2 (37)	
Desconhecido	34,6 (27)	46,2 (12)	28,8 (15)	
Momento de descoberta do diagnóstico de infecção pelo HIV, em porcentual (n)				0,74
Antes da gestação	62,8 (49)	65,4 (17)	61,5 (32)	
Durante a gestação	30,8 (24)	26,9 (7)	32,7 (17)	
Durante do parto	5,1 (04)	7,7 (2)	3,8 (2)	
Após o parto	1,3 (01)	0 (0)	1,9 (1)	
Realizava TARV antes da descoberta da gestação, em porcentual (n)	35,9 (28)	19,2 (5)	44,2 (23)	0,02
Realizou TARV durante a gestação, em porcentual (n)	76,9 (60)	69,2 (18)	80,8 (42)	0,19
Semanas de gestação que iniciou o TARV	11,45 (9,89)	14,47 (10,41)	10,33 (9,58)	0,19

A média aritmética da do suporte social foi de 3,79 (DP = 0,79) pontos. A média

aritmética para as dimensões da escala foi de 3,86 (DP = 0,86) pontos para o suporte social emocional e 3,73 (DP = 0,90) pontos para o suporte social instrumental.

Ao ser avaliada a distribuição do suporte social entre as gestante e puérperas, foi possível verificar diferença significativa no suporte social total e suporte social instrumental, demonstrando que o grupo das gestantes possuía maiores valores de suporte social, conforme demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição do suporte social entre as gestantes (n = 28) e puérperas (n = 50), Santa Maria/RS. Brasil. 2014.

Variável	Gestantes	Puérperas	P
	Média (DP)	Média (DP)	
Suporte Social Emocional	4,06 (0,81)	3,83 (0,86)	0,200
Suporte Social Instrumental	4,15 (0,83)	3,65 (0,89)	0,009
Suporte Social total	4,11 (0,75)	3,74 (0,78)	0,029

Teste T de amostras independentes.

Foi verificando diferença significativa grupos, gestantes e puérperas, com relação a ingestão de bebidas alcoólicas, utilização de TARV antes da descoberta da gestação, o grau de satisfação que tem recebido com as atividades para o dia a dia, recebido o apoio de amigos no suporte social emocional, recebido apoio de amigos no suporte social instrumental. A tabela 4 demonstra que a ingestão de bebidas alcoólicas é maior entre as puérperas, e as gestantes estão mais satisfeitas com o apoio que tem recebido para as atividades do dia a dia, como também, são os amigos que fornecem maior apoio social durante a gestação.

Tabela 4 - Apresentação das variáveis independentes com resultado significativo entre gestantes (n = 28) e puérperas (n = 50); Santa Maria/RS. Brasil. 2014 (n=78)

Variável	Gestantes	Puérperas	P
	% (n)	% (n)	
Ingestão de bebidas alcoólicas			0,007
Sim	3,8 (01)	31,4 (16)	
Não	96,2 (25)	68,6 (35)	
Uso de TARV antes da descoberta da gestação*			0,044
Sim	29,4 (05)	68,8 (22)	
Não	70,6 (12)	31,3 (10)	
Grau de satisfação com apoio nas atividades para o dia-dia			0,050
Muito insatisfeito	3,8 (01)	-	
Insatisfeito	7,7 (02)	9,6 (05)	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	23,1 (06)	13,5 (07)	
Satisfeito	19,2 (05)	34,6 (18)	
Muito satisfeito	46,2 (12)	42,3 (22)	
Recebe apoio de amigos no suporte social emocional			0,009
Não	19	50	
Sim	7	2	

Recebe apoio de amigos no suporte social instrumental			0,004
Não	15	45	
Sim	11	7	

*Somente entre as que possuíam diagnóstico prévio a gestação.

avaliado que ser gestante é fator de proteção quando comparado ao puerpério, visto que as puerperas apresentam uma chance de 8,8 vezes de ter baixo suporte social geral (OR: 8,80; IC: 1,01 – 16,76) e 6,0 vezes (OR: 6,00; IC: 1,53 – 10,48) para suporte social instrumental.

DISCUSSÃO

O perfil sócio demográfico da população em estudo evidenciou que a maioria das mulheres se identificou como de cor branca. Os resultados dessa pesquisa correspondem com os dados epidemiológicos referentes às gestantes vivendo com HIV no Brasil, de 2007 até 2016, em que 18,3 (44,8%) se identificaram como brancas e 16,6 (40,5%) se identificaram como pardas.²

Observa-se que as mulheres do estudo possuíam em média 10 anos de estudo (3-12), apresentando assim resultado semelhante ao estudo realizado no Estado de São Paulo, no qual foi identificada associação estatística significativa entre baixa escolaridade e soropositividade para HIV, como, também, aos dados epidemiológicos nacionais.¹⁴⁻² Sabe-se que a baixa escolaridade é um fator que pode interferir na compreensão e na interpretação das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde. Dessa forma, dificultando o reconhecimento da necessidade de realização do TARV, implicando em prejuízos à adesão.¹⁵

Quanto à situação conjugal, a maioria das mulheres, 66,7% (n = 52), convivia com esposo ou companheiro; e, em relação à condição sorológica do parceiro, 43,8% (n = 32) responderam que o parceiro não estava infectado pelo HIV, e 38,4% declararam que o parceiro era soropositivo. Esses achados convergem com outro estudo, no qual 55,0% das mulheres vivendo com HIV estavam em um relacionamento.¹⁶ Assim, torna-se fundamental que o profissional de saúde compreenda as condições psicossociais, e procure conhecer a sorologia do parceiro dessas mulheres, tendo em vista a dificuldade no rastreamento do parceiro.¹ Destaca-se a necessidade de serviços de saúde voltados para esse público, e o desenvolvimento de atividades profiláticas com o casal. Sabe-se que as mudanças de hábitos são uma tarefa complexa, mas, com auxílio para enfrentar os problemas e respeitando as necessidades individuais, é possível conseguir resultados positivos.¹⁷

Referente ao trabalho, verificou-se que a maioria das mulheres, 80,8% (n = 63), estavam empregadas, mas sem carteira assinada, com uma renda mensal entre um e dois salários mínimos, demonstrando desigualdades sociais e de gênero. Esses dados são similares aos de outros dois estudos desenvolvidos no nosso país.¹⁶⁻¹⁷ As condições socioeconômicas são fundamentais para a manutenção do tratamento e, no caso da população em estudo, irão auxiliar na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Observam-se vulnerabilidades adicionais ao risco de contrair a infecção, como verificado neste estudo, na situação socioeconômica inferior ou com dependência econômica do parceiro. Além disso, outros estudos apontam que as diferenças sociais nos papéis desempenhados por homens e mulheres têm influenciando na prevenção da infecção pelo HIV. Como, também, as dificuldades em acessar os serviços de saúde, bem como para a realização de testes diagnósticos, e a violência de gênero são consideradas agravantes para desigualdade.¹⁸

Relacionado à história prévia e/ou atual do uso de tabaco, verificou-se o consumo em 48,7% das mulheres, e quanto à história prévia e/ou atual do uso de drogas 21,8%. O abuso de drogas injetáveis duplica o risco de transmissão vertical e aumenta o risco de aborto seis vezes.¹⁹ Estes dados convergem com um estudo que possui uma abordagem qualitativa, desenvolvido com gestantes no Estado do Paraná. Os resultados demonstram que o uso de drogas e a sua continuidade ao longo da vida estavam relacionados, em menor grau, às características individuais das mulheres, mas relacionados a aspectos socioculturais e psicossociais. Evidenciou-se que as relações primárias e afetivas dessas mulheres podem ser caracterizadas como fracas, e essas atitudes favoreceram o comportamento aditivo.²⁰

Quanto ao perfil clínico-obstétrico, os dados desta pesquisa mostram que 28,2% das mulheres possuíam uma história prévia de abortamento. Em um estudo desenvolvido com 198 gestantes, no período de 2008 até 2012, na cidade de Santa Maria, os resultados demonstraram a prevalência de aborto espontâneo de 6,1% e a taxa de mortalidade perinatal de 4,0%. Fatores de risco para abortamento espontâneo foram a gestação múltipla e a falta de acompanhamento pré-natal. Além disso, fatores de risco para mortalidade perinatal foram parto vaginal e ausência de uso de antirretrovirais durante o trabalho de parto.¹⁹

Em relação às consultas de pré-natal, 96,2% (n = 75) das mulheres vivendo com HIV deste estudo realizaram ou estavam realizando; esse dado demonstra que a cobertura do pré-natal está acima da estimativa nacional (85%). Assim como a média de consultas de pré-natal foi de 7 (1-16), como o recomendado pelo Ministério da Saúde.²¹ No entanto, em outro estudo pôde-se verificar 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%.²²

Esta ampla cobertura na assistência pré-natal se deve aos esforços realizados pelo Ministério da Saúde, principalmente durante estes últimos dez anos. Percebe-se que as contribuições das políticas públicas de saúde repercutem na atenção primária à saúde, como: a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN), Projeto Nascer e a Rede Cegonha.

Quanto ao modo de infecção, para 60,4% (n = 51) foi pelo contato sexual, o que corrobora com boletim epidemiológico¹³. Entre estas mulheres, 62,8% (n = 49) descobriram seu diagnóstico de infecção pelo HIV antes da gestação, e 30,8% (n = 24), durante o pré-natal. Este dado diverge com do de outro estudo, no qual foram analisados os dados do SINAN, entre 2000 e 2009, no Nordeste do Brasil. Notou-se um número maior de diagnósticos de infecção pelo HIV durante o pré-natal: 49,49%; seguido pelo período anterior à gestação: 29,76%.²³

Esse dado novamente demonstra a influência das diferenças demográficas do nosso país, evidenciadas nos estudos. Pode-se observar que, entre as Unidades da Federação, seis apresentaram taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional em 2015: Rio Grande do Sul (10,1 casos para cada mil nascidos vivos), Santa Catarina (5,6), Amazonas (4,0), Roraima (3,9), Amapá (3,6) e Rio de Janeiro (2,9).²

Mesmo com um percentual elevado de diagnósticos de infecção pelo HIV em um período anterior à gestação, somente 76,9% (n=60) das mulheres em estudo realizaram ou estavam realizando TARV durante o período gestacional, mas no momento do parto 81,5% (n = 44) utilizaram medicamentos antirretrovirais (ARTs). Podem-se observar, com os dados deste estudo, 26% (n = 20) de prematuridade entre as puérperas (menor que 37 semanas de gestação). Identifica-se uma lacuna no pré-natal, comprometendo a qualidade do atendimento das gestantes soropositivas e aumentando os riscos da transmissão vertical.

Ressalta-se que o TARV realizado pela mulher no período gestacional deve ter início entre a 14^a e a 28^a semana de gestação,¹ pois, quanto mais tardiamente for iniciado, maiores os riscos de transmissão vertical. A mulher deve continuar o TARV durante o parto, e o RN deve realizar o tratamento no período pós-natal, juntamente com uma assistência de saúde especializada e o apoio dos membros da família, essas são iniciativas imprescindíveis para a efetivação da profilaxia.¹

Outro fato que se destaca nesta pesquisa é que o grupo das gestantes possui escores maiores de suporte social total: 107 (56-120), como também do suporte social instrumental:

53,5 (27-60), do que o grupo de puérperas. O fornecimento de suporte instrumental, como o apoio socioeconômico, é uma estratégia para promover a continuidade dos cuidados. Entretanto, a precariedade ou a falta desse tipo de suporte interferem na adesão e qualidade do tratamento.²⁴

Em estudo desenvolvido com uma abordagem qualitativa, foram entrevistados 36 cuidadores de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV. Os cuidadores expressaram que durante a trajetória de cuidado à criança houve o apoio e desapoio dos profissionais de saúde. Eles acreditavam que este serviço seria capaz de lhes oferecer suporte instrumental, por receberem a fórmula láctea artificial e a medicação gratuitamente, como o suporte emocional, devido à esperança estimulada quanto à negatividade do diagnóstico de HIV na criança, baseada nas orientações compartilhadas e segurança transmitida. Algumas dificuldades foram apontadas como desapoio dos profissionais, como o medo de que o serviço possa “denunciar” sua sorologia ou a condição da criança, problemas de infraestrutura e demora no atendimento.²⁵

Para investigar as variáveis que apontaram a diferença do suporte social total e instrumental, foram avaliadas características dos dois grupos. Outro resultado deste estudo: 31,4% (n = 16) das puérperas realizavam ingestão de bebida alcoólica. Ressalta-se que durante o puerpério as modificações orgânicas estão retornando ao estado pré-gravídico e pode haver alterações físicas, emocionais ou psicológicas. Estas modificações podem interferir negativamente na saúde destas mulheres, influenciando na diminuição das células de defesas do organismo, somando-se à perspectiva de ter um filho soropositivo para o HIV e ao medo da discriminação social que a criança possa sofrer.²⁶

As gestantes possuíam um grau de satisfação maior com o apoio nas atividades do seu dia a dia: 46,2% (n = 12), e responderam estarem muito satisfeitas. Além disso, evidenciou-se que os amigos são fonte de suporte emocional (n = 7), e também fonte de suporte instrumental (n = 11).

Esse dado é similar ao de outro estudo, realizado com gestantes vivendo com HIV, as quais possuíam maior presença de suporte social emocional, e apresentaram 2,55% mais chances de terem carga viral indetectável. Identificou-se que as gestantes realizaram um número maior de consultas de acompanhamento pré-natal, possuíam 1,52% mais chances de apresentarem carga viral indetectável no último trimestre gestacional.²⁷

Mesmo que no estudo em tela as variáveis relacionadas à ansiedade, depressão e estresse durante o puerpério não tenham sido exploradas, pode ser evidenciado na literatura que a existência de suporte social está relacionada com uma diminuição desses sintomas. Da

mesma forma que averiguou-se que as puérperas com restrição do suporte social apresentavam um aumento da sintomatologia de ansiedade, depressão, estresse e a diminuição do vínculo mãe-bebê.²⁸

Considera-se como limitações do estudo o número de participantes, as quais foram divididas em dois grupos (gestantes e puérperas), mas não de forma uniforme. Justifica-se pela dificuldade de acesso a essa população, tendo sido realizadas várias estratégias durante a coleta de dados. É importante ressaltar a carência de estudos com essa população vinculados ao referencial de suporte social, sendo necessárias avaliações similares, as quais podem servir de subsídio para o aprimoramento da atenção à saúde dessas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as gestantes possuem maior escore de suporte social total quando comparadas das puérperas, como também, o suporte social instrumental. Por conseguinte as puérperas possuem menor escore de suporte social do tipo emocional. Em ambas as populações verificou-se que a maior fonte de suporte social instrumental e emocional foram os amigos, com uma diminuição, tanto no âmbito familiar quanto no contexto dos serviços de saúde.

Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde possuírem conhecimento acerca do suporte social, assim sendo, auxiliaram no enfrentamento da doença de forma qualificada, tornando-se também um componente da rede de suporte social. Dessa forma, contribuindo para fortalecimento da rede de suporte social, a qual auxilia na redução do estigma e discriminação decorrentes da doença, e na adesão as medidas profiláticas da transmissão vertical, conseqüentemente a manutenção de comportamentos favoráveis. Além disso, é fundamental que os profissionais de saúde forneça uma assistência humanizada, com intuito de fortalecer as políticas públicas neste seguimento populacional.

REFERÊNCIAS

01. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
02. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
03. Vilela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil.

Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2017 [cited 2017 Jan 14]; 22(1):87-96. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0087.pdf>

04. Galvão MTG, Paiva SS. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2011 nov-dez [cited 2016 Out 17]; 64(6):1022-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600006

05. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Silva CB, Rocha FS. Rede de apoio das gestantes e puérperas na profilaxia transmissão vertical do HIV: revisão integrativa. *Evidentia (Granada)* [internet]. 2013 jul-sep [cited 2016 Nov 01]; 10(43):01-07. Available from: <http://www.index-f.com/evidentia/n43/ev8084r.php>

06. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976.

07. Cohen S, Wills TA. Stress and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985.

08. Thoits PA. Stress, coping and social support process: Where are you? What next? *Journal of health and social behavior*, extra issue, 1995.

09. Seidl EMF, Melchíades A, Farias V. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saúde Pública* [internet]. Oct 2007 [cited 2016 Nov 10]; 23(10):2305-2316. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-381X2007001000006>

10. Rodrigues MA, Seidl EMF. Apoio social a pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental com um familiar. *Estud psicol (Campinas)* [internet]. 2013 [cited 2016 Nov 13]; 30(4):619-628. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400015>

11. Sajjadi M, Rassouli M, Bahri N, Mohammadipoor F. The correlation between perceived social support and illness uncertainty in people with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome in Iran. *Indian J Palliat Care* [internet]. 2015 [cited 2017 Jan 12]; 21(2):231-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441187/>

12. Pedrosa SC, Fiuza MLT, Cunha GH, Reis RK, Gir E, Galvão MTG. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2016 [cited 2017 Jan 13]; 25(4):e2030015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2030015.pdf

13. Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de Escala para avaliação do Suporte Social em HIV/aids. *Psic Teor e Pesq* [internet]. 2006 [cited 2016 Set 28]; 22(3):317-326. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000300008

14. Gaspar J, Quintana SM, Reis RK, Gir E. Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2015 jan.-fev [cited 2016 Out 29]; 23(1):74-81. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00074.pdf

15. Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2012 Aug [cited 2016 Nov 01]; 46(4):884-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400015
16. Bellini JM, Reis RK, Reinato LAF, Magalhães RLB, Gir E. Qualidade de vida de mulheres portadoras do HIV. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2015 [cited 2016 Dez 02]; 28(4):350-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500059>.
17. Neto VLS, Silva BCO, Rodrigues IDC, Costa CS, Mendonça AEO, Negreiros RV. Sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/aids: implicações para o enfermeiro. *Rev. Pesqui Cuid Fundam* [internet]. 2016 [cited 2016 Nov 19]; 8(4): 5184-5192. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3808>
18. Holanda ER, Galvão MTG, Pedrosa NL, Paiva SS, Almeida RLF. Análise espacial da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana entre gestantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2015 maio-jun [cited 2016 Set 30]; 23(3):441-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0481-2574.pdf
19. Boldori HM, Santos WM, Hoffmann IC, et al. Factors associated with miscarriage and perinatal mortality in women with HIV infection. *International Research Journal of Medicine and Medical Sciences* [internet]. 2014 [cited 2016 Nov 30]; 2(4):73-8. Available from: <http://www.netjournals.org/pdf/IRJMMS/2014/4/14-033.pdf>
20. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2013 Jul-Sep [cited 2016 Nov 15]; 22(3): 662-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
22. Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Silveira MF, Tavares LL, Silva LCF. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 Set [cited 2016 Set 28]; 32(9):e00118215. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00118215.pdf>
23. Lima ACMACC, Costa CC, Teles, LMR, Damasceno AKC, Oriá MOB. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2014 [cited 2016 Nov 02]; 27(4):311-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0311.pdf>
24. Talisuna-Alamo S, Colebunders R, Ouma J, Sunday P, Ekoru K, Laga M, et al. Socioeconomic support reduces nonretention in a comprehensive, community-based antiretroviral therapy program in Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* [internet]. 2012 Apr [cited 2016 Nov 05]; 1; 59(4):e52-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3887145/>
25. Alvarenga WA, Galvão MTG, Nascimento LC, Beretta MIR, Dupas G. Rede social fragilizada: a experiência do cuidador da criança nascida exposta ao HIV. *Texto Contexto*

Enferm [internet]. 2015 Jul-Set [cited 2016 Out 10]; 24(3): 775-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00775.pdf

26. Paula MG, Dell'agnolo CM, Carvalho MDB, Pelloso SM. Enfrentamento de puérperas HIV positivas relacionado ao ato de não amamentar. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2015 [cited 2016 Out 10]; 17(1):135-42. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n1/pdf/v17n1a17.pdf

27. Faria E, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. Psic Teor e Pesq [internet]. 2014 [cited 2016 Out 13]; 30(2):197-203. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000200009

28. Airosa S, Silva I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. Psicologia, Saúde & Doenças [internet]. 2013 [cited 2016 Set 28]; 14(1):64-77. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100005

CONCLUSÃO

Os resultados apontados pelo presente estudo mostram que é preciso aprimorar a atenção à saúde das gestantes e das puérperas que vivem com HIV, uma vez que está aquém do ideal e vêm sendo demonstrada pelas taxas de infecção de gestantes e de transmissão vertical. Evidenciou-se que o suporte social é uma estratégia que auxilia na adesão das medidas de profilaxia da transmissão vertical, tornando-se um aliado na implementação das políticas públicas propostas pelo Ministério da Saúde.

Pode-se verificar a importância de fortalecer as discussões no contexto acadêmico sobre saúde da mulher, transmissão vertical do HIV e sobre a síndrome da imunodeficiência humana, assuntos que devem ser explorados de forma efetiva nas grades curriculares dos cursos da área da saúde. Essas temáticas são debatidas à algum tempo, mas são observadas algumas falhas, evidenciadas nas taxas de notificações da aids. Sugere-se como uma estratégia a utilização e metodologias ativas de ensino aprendizagem, além disso, estímulo no desenvolvimento de estudos científicos.

Constatou-se com a realização deste estudo, a relevância dos profissionais da saúde em conhecer as fontes de suporte social das mulheres vivendo com HIV, incluindo na assistência prestada as demandas sociais que contribuirão e refletirão nas demandas clínicas. Com a realização deste estudo pode-se perceber a falta de articulação entre as fontes de suporte social (emocional e instrumental) podendo implicar nos cuidados em saúde. Ressalta-se a importância do suporte social, contribuindo para o autocuidado, melhoria da qualidade de vida e autoestima. Também, destaca-se que a rede de suporte social consolidada permite a redução de estigma e discriminação resultante da infecção.

Além disso, foi observado que ser gestante é fator de proteção quando comparado ser puérpera, as gestantes possuíram maior escore de suporte social total e instrumental, sendo que maior fonte de suporte social foram os amigos. Notou-se que as mulheres em período puerperal possuem menor escore de suporte social do tipo emocional. Com os resultados do presente estudo consiste na possibilidade de auxiliar na qualificação da atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV durante o ciclo gravídico puerperal, pautando o cuidado em evidências científicas. Como também, a necessidade de intensificar ações para qualificação nos serviços de saúde, visto que, em muitas situações os profissionais não estão preparadas para atuar em questões sobre o HIV.

REFERÊNCIAS

- BOCCACIN, L. **Le reti familiar e social**. In: ROSSI, G. (org.). *Lezioni de sociologia dela famiglia*. Roma: Carocci, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, DF, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed., 3. reimpr. – Brasília, DF, 2011.
- 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. 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. 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. **Portaria n. 2104 de 19 de novembro de 2002**. Brasília, DF, 2002.
- 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. **Guia de Tratamento Clínico da Infecção Pelo HIV em Adultos e Adolescentes**. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996**. Brasília, DF, 1997.
- COBB, S. **Social support as a moderator of life stress**. *Psychosomatic Medicine*, 1976.
- COHEN, S.; WILLS, T.A. Stress and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, 1985.

CONNOR, E.M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. **N engl J Med.** v.331, n.18, p.1173-1180, 1994.

DINIZ, S. **Gênero e prevenção das DST/aids.** Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2001.

ESTAVELA, A.J.; SEIDL, E.M.F. Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. **Psicol. Soc.** v.27, n.3, p.569-578, 2015.

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.

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.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L.L.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Pan Am J Public Health.** v.26, n.1, p.86-94, 2009.

GOMES, N.P; DINIZ, N.M.F.; REIS, L.A.; ERDMANN, A.L. Rede social para o enfrentamento da violência conjugal: representações de mulheres que vivenciam o agravo. **Texto Contexto Enferm.** v.24, n.2, p.316-24, 2015.

GONÇALVES, T.R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.16, n.3, p.1755-1769, 2011.

LANGENDORF, T. F. et al. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. **Cogitare Enferm.** v. 17, n.4, p.758- 66, 2012.

LIMA, C.T.D.; OLIVEIRA, D.R.; ROCHA, E.G.; PEREIRA, M.L.D. Manejo clínico da gestante com HIV positivo nas maternidades de referência da região do cariri. **Esc Anna Nery.** v.14, n.3, p.468-476, 2010.

MARQUES, M.C.C. Saúde e poder: a emergência política da HIV/AIDS no Brasil. **Hist Ciênc Saúde.** v.9, n.1, p.25-59, 2002.

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.

PATRAO, A.L; MCINTYRE, T.; COSTA, E. Fatores de risco psicossociais e sócio cognitivos para o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/aids) na mulher africana. **Rev. Port. Sau. Pub.** v.33, n.2, p. 222-234, 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.

RENEWICK, R. et al. Description and validation of a measure of received support specific to

HIV. **Psychol Rep.** v.84, n.2, p.663-73, 1999.

RODRIGUES, S.T.C.; VAZ, M.J.R.; BARROS, S.M.O. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. **Acta Paul. Enferm.** v.26, n.2, p.158-164, 2013.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social.** Tradução: Durval Cordas. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B.T. Desenvolvimento de Escala para avaliação do Suporte Social em HIV/aids. **Psic Teor e Pesq.** v.22, n.3, p.317-326, 2006.

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.225-231, 2015.

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, p.01-07, 2009.

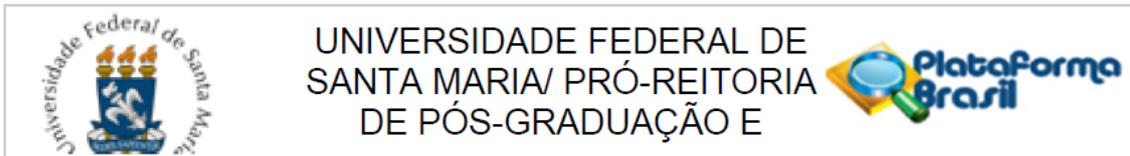
TARQUETTE, S. **Aids e juventude: gênero, classe e raça.** Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

THOITS, P.A. Stress, coping and social support process: Where are you? What next? **Journal of health and social behavior, extra issue**, p. 53-79, 1995.

Universidade Federal de Santa Maria. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM: estrutura e apresentação.** Sistema de Bibliotecas da UFSM, Editora da UFSM. – Santa Maria: Ed. da UFSM, 2015.

ANEXOS

ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde de gestantes com a infecção pelo HIV/AIDS

Pesquisador: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 26498113.0.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 773.483

Data da Relatoria: 25/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma segunda emenda ao projeto denominado "Avaliação da Atenção Primária à Saúde de gestantes com a infecção pelo HIV/AIDS".

Pela emenda, o pesquisador responsável afirma que "o absenteísmo de algumas mulheres vivendo com HIV/AIDS (participantes da pesquisa) nas consultas agendadas de acompanhamento permanente de saúde no ambulatório do HUSM estão dificultando a realização da coleta de dados do projeto, influenciando na conclusão da etapa de campo da pesquisa" e propõe que "o contato telefônico com as participantes do estudo para o agendamento da entrevista. retende-se realizar o contato telefônico por meio da busca do número do telefone nos prontuários das participantes, o que possibilitaria a otimização das coletas, sem ocasionar riscos para sua saúde das participantes do estudo, apenas a disponibilidade para agendar a entrevista e comparecer na data agendada. O pesquisador responsável garante que a identidade da participante será preservada e que nenhuma informação pessoal, como nomes e telefones, será divulgada. Para tanto, propomos a ampliação do campo de coleta dados com a inclusão do arquivo para acesso aos prontuários das participantes. Além disso, tendo em vista a presença de dificuldades em encontrar as participantes nos campos já utilizados para a coleta de dados, propõe-se, também, a inclusão do Centro

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

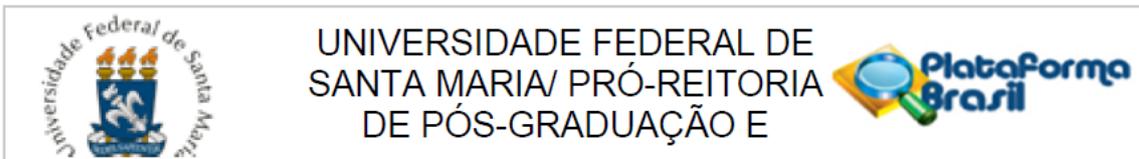
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 773.483

Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria, com vistas a esgotar as possibilidades de acesso às participantes do estudo."

Pelo projeto original previa-se que "o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV vem caracterizando-se pela transmissão especialmente heterossexual, o que tem resultado no avanço dos casos entre as mulheres, principalmente em idade reprodutiva. Acarretou o aumento da incidência de AIDS em crianças, por meio da Transmissão Vertical (TV) do HIV. Nesse contexto, o conhecimento e identificação da forma de implementação da assistência à essas mulheres, nos serviços públicos de saúde, constitui uma importante questão quando se busca proporcionar ações de saúde acolhedoras, ágeis e resolutivas, culminando na redução da TV. Frente a isso, tem-se como objetivo geral: avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) às gestantes com infecção pelo HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil versão Adulto. Trata-se de um estudo com delineamento transversal, fundamentado na abordagem quantitativa. Esse estudo terá como cenário o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital Casa de Saúde, a Casa Treze de Maio e a rede pública de APS de Santa Maria/ RS e como população as mulheres com a infecção pelo HIV/AIDS, mediante os critérios de inclusão: aquelas que utilizaram a rede de APS do município de Santa Maria/RS durante o período gestacional no ano de 2012 e 2013 e exclusão: mulheres que apresentarem limitação cognitiva que dificulte a expressão verbal ou que estiverem em regime carcerário fechado. A coleta dos dados será no período de janeiro a junho de 2014, e somente ocorrerá após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A análise dos dados será realizada no Predictive Analytics SoftWare (PASW) versão 18.0 for windows. Será utilizada a estatística descritiva. Espera-se que o presente estudo possa contribuir para compreensão da qualidade da APS na atenção destinada às gestantes com HIV/AIDS, servindo como subsídio para a melhoria no modelo assistencial a essa população, a fim de qualificar o cuidado prestado."

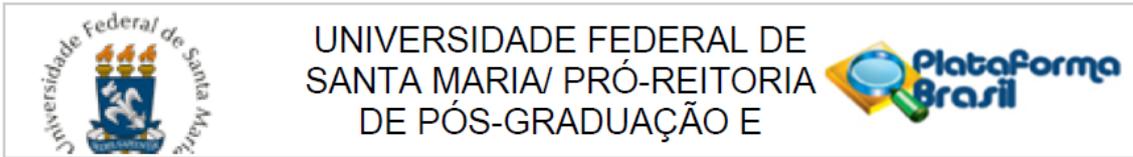
Objetivo da Pesquisa:

Está dito que o objetivo é "avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS às gestantes com a infecção pelo HIV/AIDS, segundo o instrumento PCATool-Brasil versão Adulto."

Os objetivo secundários são:

"a) caracterizar as gestantes com a infecção pelo HIV/AIDS quanto ao perfil demográfico,

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
Bairro: Camobi	CEP: 97.105-970
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 773.483

econômico, social, obstétrico e clínico; b) descrever os resultados encontrados na aplicação do PCATool-Brasil para questões relacionadas aos atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) dos serviços de APS através da produção de escores padronizados; c) avaliar a relação entre os escores dos atributos da APS com as variáveis estudadas."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Está informado no projeto que " participação nesta pesquisa poderá representar riscos mínimos como cansaço e desconforto às participantes, devido à mobilização de sentimentos relacionados à condição de saúde. Nesse sentido, serão acessados os profissionais de saúde para intervir e auxiliar nas situações de desconforto, oferecendo suporte às [aos?] participantes."

Quanto à benefícios consta o texto que segue: "Os benefícios da pesquisa para os entrevistados serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde de gestantes com a infecção pelo HIV/AIDS."

Entende-se que essa descrição é suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

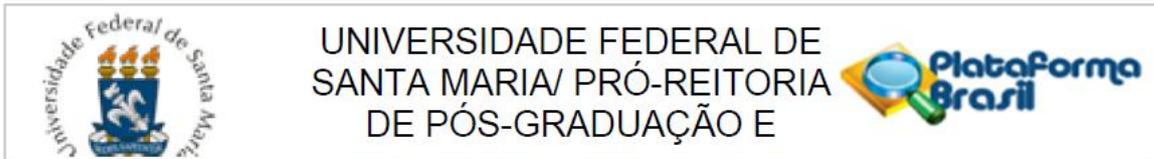
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
Bairro: Camobi	CEP: 97.105-970
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 773.483

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 01 de Setembro de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B - Formulário para a caracterização do perfil sócio demográfico, econômico, obstétrico e clínico e Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/aids



Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade

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
Pesquisadora: Dra Cristiane Cardoso de Paula;

Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde de gestantes vivendo com HIV

Data da coleta: ___/___/___	Coletador ___	No do instrumento: ___	DC ___/___/201___
Local da coleta de dados: 1 () Casa de Saúde 2 () Ambulatório Pré-Natal HUSM 3 () Ambulatório Doenças Infecciosas HUSM 4 () Unidade Dispensação de Medicamentos (UDM) 5 () Unidade Básica de Saúde (UBS) 6 () Estratégia de Saúde da Família (ESF) 7 () Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) 8 () outro. a: _____			C _ NI _ LC _ LCa _

PARTE I: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS, SOCIAIS E CLÍNICOS.

COLETADOR PREENCHE:

NOME DA MÃE: _____ SAME DA MÃE: _____
NOME DA CRIANÇA: _____ SAME DA CRIANÇA: _____

Entrevistador/a: Vou iniciar esta conversa fazendo algumas perguntas a respeito dos seus dados pessoais.			
Qual sua data de nascimento?	1	___/___/___	CG1 ___/___/___
Como você classifica sua cor ou raça?	2	1 () Preta/negra 2 () Parda 3 () Branca 4 () Amarela 5 () Indígena	CG2 _
Qual sua cidade de moradia?	3	1 () Santa Maria/RS 2 () Outro: _____	CG3 _ CG3a _
Qual o seu estado civil?	4	1 () Convive com esposo ou companheiro 2 () Solteira 3 () Divorciada/separada ou viúva	CG4 _
Quantos anos você tem de estudo?	5	1 () não estudou 2 () estudou. Até que série/ano? _____	CG5 _ CG5a _
Qual sua renda familiar?	6	_____	CG6 _
Quantas pessoas vivem com essa renda, incluindo você e seu filho/a?	7	1 () 2 pessoas (você e seu filho/a) 2 () 3 pessoas 3 () 4 pessoas 4 () 5 pessoas 5 () 6 pessoas ou mais	CG7 _
Quantos filhos você tem?	8	_____	CG8 _
Você teve algum aborto?	9	1 () Sim. Quantos? _____ 2 () Não	CG9 _ CG9a _
Qual sua ocupação?	10	1 () Nenhum 2 () Sem carteira de trabalho assinada.	CG10 _ CG10a _

		a.Qual? _____ 3 () Com carteira de trabalho assinada. b.Qual? _____	CG10b _ _
Você é/ foi fumante?	11	1 () Sim 2 () Não	CG11 _
Você ingere bebidas alcoólicas?	12	1 () Sim 2 () Não (pular para a questão 13)	CG12 _
Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	12a	1 () Sim 2 () Não	CG12a _
As pessoas a aborrecem porque criticam seu modo de tomar bebida alcoólica?	12b	1 () Sim 2 () Não	CG12b _
Você se sente chateada consigo mesma pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?	12c	1 () Sim 2 () Não	CG12c _
Você costuma tomar bebida alcoólica pela manhã, para diminuir o nervosismo ou ressaca?	12d	1 () Sim 2 () Não	CG12d _
Você é/foi usuária de drogas?	13	1 () Sim 2 () Não (pular para a questão 14)	CG13 _
Você faz/fez uso de drogas injetáveis?	13a	1 () Sim 2 () Não	CG13a _
Entrevistador: As perguntas que farei a partir de agora estão relacionadas ao seu diagnóstico (ao HIV)			
Há quanto tempo você sabe do seu diagnóstico?	14	_____ (meses/anos)	CG14 _ _ _
Qual a condição sorológica do seu parceiro (caso tenha parceiro fixo)	15	1 () infectado (que tem HIV) 2 () não infectado 3 () não sabe informar	CG15 _
Você já fazia uso das medicações para o HIV antes da descoberta da gestação?	16	1 () Sim 2 () Não	CG16 _

PARTE II: VARIÁVEIS DA GESTAÇÃO / PUERPÉRIO

COLETADOR DEVE PREENCHER: É gestante no momento da coleta de dados	17	1 () Sim 2 () Não	CG17 _
COLETADOR DEVE PREENCHER: Data da notificação da participante no SINAN: Nº da notificação do SINAN:	18	1 () 2012 2 () 2013 3 () 2014 4 () notificação não encontrada	CG18 _
COLETADOR DEVE PREENCHER: Data da notificação da criança no SINAN: Nº da notificação do SINAN:	18a	1 () 2012 2 () 2013 3 () 2014 4 () notificação não encontrada	CG18a _
Entrevistador: A partir de agora vamos continuar conversando sobre a gestação do/a (nome da criança)			
Como você adquiriu a infecção pelo HIV?	19	1 () Transmissão vertical 2 () Relação sexual 3 () Uso de drogas 4 () Transmissão sanguínea 5 () Desconhecido	CG19 _
Em que momento você soube do seu diagnóstico do HIV	20	1 () Antes da gestação 2 () Durante a gestação 3 () Durante o parto 4 () Depois do parto	CG20 _
Você realizou pré-natal?	21	1 () Sim 2 () Não (pular para a questão 22)	CG21 _
Quantas consultas de pré-natal você fez na gestação do/a (nome da criança)?	21a	_____	CG21a _ _
Qual foi o local de realização do pré-natal?	21b	1 () Serviço de APS. a.Qual? _____ 2 () Ambulatório de Doenças Infecciosas do HUSM 3 () Outro. b: _____	CG21b _ CG21ba _ _ CG21bb _ _
Você fez uso medicamentos para o HIV durante a gestação?	22	1 () Sim 2 () Não (pular para a questão 23)	CG22 _
Quantas semanas de gestação você tinha quando começou a usar medicação para o HIV?	22a	1 () Nº de semanas: _____ 2 () Não sabe informar	CG22a _ _
Você teve algum problema de saúde durante a gestação do/a (nome da criança)?	23	1 () Sim 2 () Não (pular para a questão 24)	CG23 _

Se sim, qual?	23a	1 () Infecção vaginal 3 () Infecção urinária	2 () Anemia 4 () Outras:	CG23a_ CG23aa_
Você teve alguma outra infecção, além do HIV, durante a gestação do/a (nome da criança)?	24	1 () Sim 2 () Não (pular para questão 25)		CG24_
Se sim, qual?	24a	1 () Vírus da hepatite C 3 () Toxoplasmose 5 () Outra(s): _____	2 () Sífilis 4 () Herpes	CG24a_ CG24aa_
Entrevistador/a: Se a participante estiver gestante durante a coleta de dados, pular para a questão 34				
Você tinha quantas semanas de gestação quando o/a (nome da criança) nasceu?	25	_____		CG26_
Qual foi o tipo de parto do/a (nome da criança)?	26	1 () Vaginal 2 () Cesário de urgência (pular para questão 27) 3 () Cesário eletivo (pular para questão 27)		CG27_
Se parto vaginal, houve episiotomia?	26a	1 () Sim 2 () Não		CG27a_
Utilizou medicamento para o HIV durante o parto?	27	1 () Sim 2 () Não		CG28_
Utilizou medicamento para inibir a produção de leite materno?	28	1 () Sim 2 () Não		CG29_
Qual foi a data do parto/data do nascimento do/a (nome da criança)?	29	____/____/____		CG30_/_/_/____
Qual foi o local de realização do parto do/a (nome da criança)?	30	_____		CG31_
Houve rotura de membranas?	31	1 () Sim 2 () Não		CG32_
Qual foi o peso do/a (nome da criança) quando nasceu?	32	_____gramas		CG33_
Você teve algum problema de saúde durante o parto (complicações obstétricas) do/a (nome da criança)?	33	1 () Nenhum 2 () Parto pré-termo 3 () Hipertensão arterial 4 () Crescimento intrauterino restrito 5 () Ameaça de aborto 6 () Outra(s): _____		CG34_ CG34a_
Você procurou a Atenção Primária a Saúde (APS) para receber algum tipo de atendimento durante a gestação do/a (nome da criança)?	34	1 () Sim 2 () Não		CG35_

Essa é a segunda parte desse questionário e tem o intuito de conhecer o apoio que você recebe para realizar o tratamento.

PARTE 2. CARACTERÍSTICAS DE APOIO SOCIAL

Marque com X a resposta que melhor se encaixe ao seu caso.

Pergunta	1	2	3	4	5
B1 - Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação?)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequente mente	<input type="checkbox"/> Sempre

**BANCO DE
DADOS**

B1 I__I

B1a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B1A: I__I
B2 - Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B2 : I__I
B2a - Quão satisfeito (a) você está em relação a este apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B2A: I__I
B3 - Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia? (Exemplo: arrumar a casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa?)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B3: I__I
Pergunta	1	2	3	4	5	BANCO DE DADOS
B3a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B3A: I__I
B4 - Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Ex: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, uma consulta ou qualquer outra situação?)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B4: I__I
B4a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B4A: I__I
B5 - Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão as coisas que você precisa em seu dia-a-dia?(Exemplo: alimentos, objetos como roupas, produtos de higiene pessoal, entre outras coisas?)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B5: I__I

B5a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B5A: I__I
B6 - Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões B1 a B5a), marque abaixo a (s) pessoa (s) que têm dado esse tipo de apoio a você. <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> esposo(a), companheiro(a),ou namorado(a) 2. <input type="checkbox"/> pessoa(s) da família que mora(m) comigo.Quem?_____ 3. <input type="checkbox"/> pessoa(s) da família que não mora(m) comigo.Quem?_____ 4. <input type="checkbox"/> amigo(s) 5. <input type="checkbox"/> chefe ou colega(s) de trabalho 6. <input type="checkbox"/> vizinho(s) 7. <input type="checkbox"/> profissionais de saúde 8. <input type="checkbox"/> outra pessoa.Quem?_____ 						B6: I__I I
B7 - Você tem recebido apoio de alguém que o (a) ajuda a enfrentar melhor o seu problema de saúde?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B7: I__I
B7a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B7A: I__I
B8 - Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B8: I__I
Pergunta	1	2	3	4	5	BANCO DE DADOS
B8a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B8A: I__I
B9 - Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B9: I__I

B9a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B9A: I__I
B10 - Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B10: I__I
B10a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B10A: I__I
B11 - Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B11: I__I
B11a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B11A: I__I
B12 - Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B12: I__I
B12a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B12A: I__I
B13 - Você tem recebido apoio de alguém que o (a) ajuda a melhorar o seu astral?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	B13: I__I
B13a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B13A: I__I

B14 - Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Frequente mente	<input type="checkbox"/> Sempre	B14: I__I
B14a - Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	B14A: I__I
B 15 - Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões B7a B14a), marque abaixo a (s) pessoa (s) que têm dado esse tipo de apoio a você.						B15: I__I
B 16. Você tem recebido algum outro tipo de apoio de pessoas? <hr/> <hr/> <hr/>						B16: I__I
B 17. Você gostaria de fazer algum comentário? <hr/> <hr/> <hr/>						

ANEXO C
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA
DOS DADOS

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

PESQUISA: Suporte social às mulheres vivendo com HIV: repercussões no período gravídico puerperal

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^ª. Dra Stela Maris de Mello Padoin

MESTRANDA: Enf^º. Obstetra Jacqueline Silveira de Quadros

LOCAL DOS DADOS COLETADOS: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o Hospital Casa de Saúde (HCS) e os serviços públicos de Atenção Primária de Saúde (APS) de Santa Maria/ RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados dos pacientes que foram coletados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o Hospital Casa de Saúde (HCS) e os serviços públicos de Atenção Primária de Saúde (APS) de Santa Maria/ RS. Concordam igualmente, que estas informações do banco de dados serão apenas utilizadas para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1336 do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das pessoas, saúde e sociedade, cadastrado no CNPq, por um período de 5 anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora Responsável deste projeto Dr^a. Cristiane Cardoso de Paula. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa faz parte do projeto “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da aids” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número de registro CAAE 26498113.0.0000.5346, em setembro de 2014

Data: __ de _____ de 2015.

Dra Stela Maris de Mello Padoin
Coordenadora do projeto

ANEXO D -TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE
INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS

PESQUISA: Suporte social às mulheres vivendo com HIV: repercussões no período gravídico

puerperal

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^ª. Dra Stela Maris de Mello Padoin

MESTRANDA: Enf^º. Obstetra Jacqueline Silveira de Quadros

BASE DE DADOS A SER UTILIZADA: Pesquisa “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da aids”.

Como pesquisador (a) supra qualificado (a) comprometo-me com utilização das informações contidas na base de dados acima citada, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados desta base serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Data: ___ de _____ de 2015.

Dra Stela Maris de Mello Padoin
Coordenadora do projeto