

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

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA
EXPERIÊNCIA DE GESTANTES VIVENDO COM HIV**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Raquel Einloft Kleinubing

Santa Maria, RS, Brasil

2015

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA EXPERIÊNCIA DE GESTANTES VIVENDO COM HIV

Raquel Einloft Kleinubing

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientador: Prof^a. Dr^a. Cristiane Cardoso de Paula
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Santa Maria, RS, Brasil

2015

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

Kleinubing, Raquel Einloft
Avaliação da atenção à saúde na experiência de gestantes vivendo com HIV / Raquel Einloft Kleinubing.-2015.
101 p.; 30cm

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula
Coorientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Atenção à saúde 2. Gestantes 3. HIV 4. Enfermagem I. Paula, Cristiane Cardoso de II. Padoin, Stela Maris de Mello III. Título.

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Raquel Einloft Kleinubing. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: raquel_e_k@hotmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem**

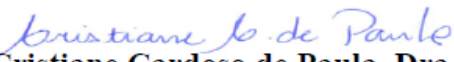
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA EXPERIÊNCIA DE
GESTANTES VIVENDO COM HIV**

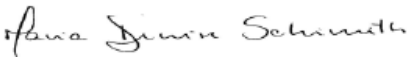
elaborada por
Raquel Einloft Kleinubing


como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

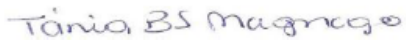
COMISSÃO EXAMINADORA:


Cristiane Cardoso de Paula, Dra.
(Presidente/Orientador)


Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)


Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)


Marta Cocco da Costa, Dra. (CESNORS)


Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 11 de março de 2015.

AGRADECIMENTOS

À Deus, base que sustenta meus fazeres, que protege meu caminho, conduzindo-me sempre em segurança. Amor verdadeiro.

Aos meus pais, Paulo e Izabel, que com carinho e amor, amparam-me sempre, fazendo o possível e o impossível para o alcance dos meus sonhos e, sobretudo, para que eu seja feliz... Amo vocês mais do que tudo, obrigada sempre!

Aos meus irmãos, Ricardo e Aline, irmãos para além da matéria...meus protetores, meus amigos divinos, me dão coragem para seguir em frente. Os amo para além desse plano, pra todo o sempre!

À minha orientadora Cristiane Cardoso de Paula pela confiança, pelo conhecimento compartilhado, pelo carinho de cada palavra, pelo apoio que me motivou a seguir sempre em frente. Gostaria que todos tivessem a oportunidade de ser orientado por você. Eu tive! Obrigada por tudo e para sempre!

À minha coorientadora Stela Maris de Mello Padoin, pelo apoio constante, pelo carinho incondicional à todos os “seus filhos” do grupo de pesquisa, pela paciência e pela disponibilidade de sempre. Obrigada por me fazer sentir em casa.

À Universidade Federal de Santa Maria, pela acolhida, pela estrutura e suporte que possibilitaram a construção desta Dissertação, que com orgulho pude concluir.

Ao Hospital Universitário, Secretaria de Saúde de Santa Maria e Hospital Casa de Saúde, pela recepção e possibilidade de coleta dos dados que foram essenciais para a construção deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que foi de extrema importância para a continuidade do trabalho durante o Mestrado, me permitindo ir além.

Aos Doutores que, ao longo do curso de Mestrado me fizeram acreditar que é possível ser o profissional que queremos ser! Obrigada pelos conhecimentos e pela bagagem de vida. Meu eterno agradecimento por ter a oportunidade de estar com vocês.

Aos meus IRMÃOS (as) do grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Vocês foram, são e serão a minha base, os meus amigos, os meus confidentes, os presentes que o Mestrado me deu, pra toda a vida. Não tenho palavras pra agradecer por TUDO!

Às participantes do estudo que disponibilizaram-se a contribuir, sobretudo, com o coração. A minha luta diária sempre foi e sempre será por vocês! Juntas somos fortes e juntas vamos conseguir o melhor da vida! Não desistamos nunca!

E a todos que direta ou indiretamente estiveram presentes, de corpo ou de alma (meus anjos) que me mantiveram serena e alimentaram a minha alma, me dando força para seguir em frente, confiante!

Obrigada do fundo do meu coração!

“O Tempo é um castelo de cartas que Deus construiu para testar os ventos.”

Marga Cendón

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA EXPERIÊNCIA DE GESTANTES VIVENDO COM HIV

AUTORA: RAQUEL EINLOFT KLEINUBING

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

COORIENTADORA: PROF^a. DR^a. STELA MARIS DE MELLO PADOIN

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 11 de março de 2015.

Objetivou-se comparar a qualidade da atenção à saúde das gestantes vivendo com HIV entre os tipos de serviço, segundo o PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida, na experiência das usuárias. Trata-se de uma pesquisa transversal. A coleta de dados realizou-se no período de abril a novembro de 2014 na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), no Hospital Universitário de Santa Maria e no Hospital Casa de Saúde do município de Santa Maria/RS. Utilizou-se o *Predictive Analytics Software* (PASW) versão 18.0 *for Windows* para análise dos dados. Os aspectos éticos contidos na Resolução 466/12 foram respeitados. A população do estudo foi constituída por 78 mulheres que utilizaram os serviços públicos de APS do município de Santa Maria/RS durante o período gestacional no ano de 2012 a 2014. Os resultados apontaram as variáveis sociodemográficas e clínicas: cor da pele; cidade de moradia; uso de antirretrovirais antes da gestação e uso de antirretrovirais durante a gestação associaram-se significativamente ao serviço de atendimento regular durante a gestação. A avaliação da qualidade da atenção à saúde mostrou que as gestantes vivendo com HIV reconheciam, majoritariamente, a APS como fonte regular da atenção (74,35%). A análise conjunta dos atributos segundo o tipo de serviço revelou escores gerais insatisfatórios para ambos os serviços, APS e especializado. Os resultados obtidos sinalizam que, apesar das gestantes vivendo com HIV considerarem a APS como fonte regular da atenção, observam a fragilidade assistencial nesses serviços, apontando a necessidade de melhoria estrutural e de desempenho da APS, para que se possa qualificar a atenção à essa população.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Gestantes. HIV. Enfermagem.

ABSTRACT

Master's degree dissertation
Post-graduation Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

EVALUATION OF THE HEALTH IN THE EXPERIENCE OF PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV

AUTHOR: RAQUEL EINLOFT KLEINUBING

ADVISOR: PROF^a. DR^a. CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

CO-ADVISOR: PROF^a. DR^a. STELA MARIS DE MELLO PADOIN

Date and Location of the Oral Defense: Santa Maria, march 11th, 2015.

It was set as a goal to compare the quality of health care for pregnant women living with HIV between the types of service, according to the short version PCATool-ADULTO-BRASIL, in the users' experience. It is a cross-cut research. The data collection was held from april to november 2014 in the network of Primary Health Care (PHC), of the Academic Hospital of Santa Maria and the Hospital Casa de Saúde in the city of Santa Maria/RS. The *Predictive Analytics Software* (PASW) version 18.0 *for Windows* was used for data analysis. The ethic aspects contained in the Resolution 466/12 were observed. The population of this study consisted in 78 women who used the PHC services of the city of Santa Maria/RS during the gestational period in the year of 2012 to 2014. The results set forth the sociodemographic and clinical variables: skin color; housing city; use of antiretroviral medication before and during the pregnancy were significantly associated to the regular care service during the pregnancy. The quality evaluation of the attention to health has shown that the pregnant women living with HIV, in the majority of cases, recognized the PHC as a regular source of care (74,35%). The joint analysis of the attributes according to type of service has revealed general unsatisfying scores for both services, PHC and specialized. The gathered results flag that, even though pregnant women living with HIV do consider the PHC as a regular source of care, they observe the assistance fragility in these services, pointing to the need of structural improvement and development of the PHC, in order to make a structural and developmental betterment of the PHC, so that it can qualify the care of this population.

Key words: Health care. Pregnant women. HIV. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de acesso às participantes, Santa Maria, 2013.....	23
---	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2

- Tabela 1** – Características sociodemográficas e clínicas de gestante vivendo com HIV, segundo o tipo de serviço como fonte regular da atenção. Santa Maria, 2014. (N=78)58
- Tabela 2** – Comparação entre as médias do escore geral entre os tipos de serviços referidos como fonte regular de atenção. 2014. (N=78).....59
- Tabela 3** – Características sociodemográficas e clínicas de gestantes vivendo com HIV com o alto/baixo escore, segundo o tipo de serviço referido como fonte regular da atenção. Santa Maria, 2014. (N=78)60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
AZT	Zidovudina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa- Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HAART	Terapia Antirretroviral de Alta Atividade
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
PASW	<i>Predictive Analytics Software</i>
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCPC	<i>Johns Hopkins Primary Care Policy Center</i>
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
PUBMED	<i>National Library of Medicine/National Institutes of Health</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCOPUS	<i>SciVerse Scopus</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	77
Anexo B – PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida	81

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – <i>Corpus</i> da Revisão Integrativa. Lilacs, PubMed e Scopus, 2014.....	86
Apêndice B – Formulário para a caracterização do perfil sociodemográfico, econômico, obstétrico e clínico.....	89
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	90
Apêndice D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).....	92
Apêndice E – Termo de Confidencialidade dos dados.....	93

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
ARTIGO 1 – Estratégias de cuidado à saúde de gestantes vivendo com HIV: revisão integrativa	28
Resumo	29
Introdução	30
Método	31
Resultados	32
Discussão e conclusão	33
Referências	41
ARTIGO 2 – Atenção Primária à Saúde e Serviço Especializado: comparação da qualidade dos serviços na atenção à gestante vivendo com HIV	46
Resumo	46
Introdução	47
Método	48
Resultados	51
Discussão	52
Referências	63
DISCUSSÃO	66
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	76
APÊNDICES	85

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), descoberta na década de 80, tornou-se mundialmente uma questão de Saúde Pública, à medida que emergia uma doença com modos de transmissão e agente etiológico desconhecidos, atingindo todos os continentes de maneira rápida e exponencial. Além disso, trouxe grande impacto social e individual por tratar-se de uma doença permeada por preconceitos, incertezas, violência, desemprego, solidão e desigualdades (LOUZADA, 2011; CECCON; MENEGHEL, 2012).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS ocorreram no ano de 1982 nas principais áreas metropolitanas do centro-sul, disseminando-se para outras áreas do país na primeira metade dos anos 80. Inicialmente, não fora encarada como epidemia e tampouco priorizada pelas autoridades sanitárias da época. Por julgar-se uma doença que acometia apenas as minorias ricas e pessoas socialmente discriminadas, a síndrome foi encarada como a “doença do outro” ou ainda, por ter sido inicialmente mais prevalente em homossexuais masculinos, fora denominada “peste gay”, despertando preconceitos, radicalismos e estigmas, lamentavelmente estimulados pelas campanhas de prevenção da época (MANN, 1993; LOUZADA, 2011; ROCHA; SAMUDIO, 2013).

Posteriormente, em 1984, o isolamento laboratorial do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) consagrou um novo marco histórico, trazendo algumas respostas aos estigmas da doença, por meio do conhecimento das formas de transmissão do vírus. Com isso, o conceito de “grupos de risco” entrou em decadência, pois se observou que o HIV não mais se apresentava restrito à grupos específicos como homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo) (MANN, 1993; PADOIN; SOUZA, 2008; SILVA et al., 2010; ROCHA; SAMUDIO, 2013).

Pouco mais de três décadas após o descobrimento da epidemia, pode-se observar a mudança nos indicadores de morbidade e de mortalidade das pessoas vivendo com HIV. Por meio de avanços científicos como a introdução da terapia antirretroviral (TARV) ou Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), a AIDS passou a ser considerada uma doença com características de cronicidade (BRASIL, 2013).

Diante disso, o perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV também sofreu modificações. Estas se caracterizaram pela feminização, heteressexualização, interiorização, pauperização e juvenização dos casos notificados de AIDS, dando início, nos anos 90, à

adoção do conceito de vulnerabilidade. Assim, tornou-se imprescindível a inserção de questões sociais nas discussões e práticas envolvendo a Saúde Pública, sugerindo a necessidade da implementação de estratégias de prevenção de novos casos, bem como da intensificação da atenção já direcionada às pessoas com HIV (GARCIA; SOUZA, 2010; SILVA et al., 2010).

O conceito da vulnerabilidade adentrou ao campo da Saúde em 1992, nos Estados Unidos, oriundo da progressiva comunicação entre o ativismo social frente à epidemia da AIDS e o movimento dos Direitos Humanos. Neste período, aproximou-se das discussões sobre Saúde Pública no intuito de responder às tendências mundiais da AIDS no início da década de 90, de uma maneira mais ampla, na direção do controle da epidemia, para além da abordagem tradicional de redução de risco (CALAZANS et al., 2006).

Fazia-se necessário considerar questões que ultrapassavam “fatores”, “grupos” e “comportamentos” de risco para o alcance de estratégias efetivas de prevenção. O estigma e a despreocupação das pessoas que não pertenciam aos “grupos de risco” ou a culpabilização daqueles que adquiriam a infecção por supostamente “adotarem” comportamentos de risco, trouxe a tona a necessidade da discussão sobre vulnerabilidade dos indivíduos e/ou coletivos no cenário da Saúde Pública, a partir de três planos analíticos interrelacionados: individual, social e programático (CALAZANS et al., 2006; MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

O plano individual se refere aos comportamentos que levam a pessoa a adquirir o HIV, considerando o grau de consciência sobre os possíveis danos de tal exposição nas diversas situações já conhecidas de transmissão e do poder de reversibilidade de tais comportamentos, mediante este conhecimento. A possibilidade dos indivíduos obterem informações e fazerem uso desta consciência suscita o plano social. Agregando-se estes dois planos, tem-se o programático. Entende-se que a vulnerabilidade dos indivíduos e sociedade está diretamente relacionada com a existência de ações institucionais voltadas para o problema da AIDS, ou seja, como os serviços de saúde e sociais mobilizam os recursos necessários para a proteção das pessoas à infecção e ao adoecimento (CALAZANS et al., 2006).

Assim, foi possível ultrapassar o discurso cognitivo comportamentalista presente nas discussões sobre HIV. A compreensão da suscetibilidade dos indivíduos tem ampliado as medidas preventivas para além das responsabilidades individuais, englobando aspectos contextuais e institucionais da atualidade como condição para o diagnóstico e intervenção em saúde. Com isso, as políticas voltadas ao enfrentamento da epidemia passaram a incorporar

prevenção, assistência, vigilância e direitos humanos, de maneira integrada, com vistas à diminuição das vulnerabilidades (AYRES, 2004; SILVA, 2013).

As construções sociais e culturais relativas ao gênero refletem, também, as diferentes vulnerabilidades das pessoas à AIDS, podendo ser observadas nas mudanças no perfil epidemiológico da doença. Grupos inicialmente considerados ausentes de riscos passaram a ser reconhecidos como vulneráveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela AIDS. Como exemplo disso tem-se as mulheres, acarretando a feminização da epidemia (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; BAZANI; SILVA; RISSI, 2011; MOURA; LIMA; SILVA, 2012; RODRIGUES, 2012).

Caracterizada pelo avanço dos casos entre as mulheres, a feminização levou a uma taxa de incidência de AIDS de 35,1% entre as mulheres, dos quais a mortalidade ocorreu em 32,8% dos casos (BRASIL, 2013). Entre os anos de 2003 a 2012, o perfil etário apontou o aumento dos casos entre indivíduos mais jovens. Nas mulheres, este período representa a idade reprodutiva, trazendo consigo questões fortemente relacionadas ao exercício da sexualidade (MOURA; LIMA; SILVA, 2012).

As demandas assistenciais referentes à feminização da epidemia sinalizam alguns fatores que parecem contribuir para a sua vulnerabilidade. Trata-se tanto de questões biológicas, referentes à especificidade dos órgãos sexuais femininos, quanto de condições sociais que permeiam as relações de gênero pré-existentes (SANTOS et al., 2009; BAZANI; SILVA; RISSI, 2011; MOURA; LIMA; SILVA, 2012).

Além disso, algumas questões são fortemente atreladas à mulher, como a fertilidade, suscitando uma importante questão de Saúde Pública: a maternidade de mulheres vivendo com HIV. Contudo, este papel é exercido, muitas vezes, diante da exclusão social e estigmatização oriundos da violência urbana e doméstica, violação dos direitos humanos, desigualdades étnico-raciais e pobreza (CARVALHO; PICCININI, 2008; PADOIN; SOUZA; PAULA, 2010).

No ano de 2014, foram notificados, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 3.692 casos de infecção pelo HIV em gestantes, a maioria dos quais na Região Sudeste (1.221), seguida pelas regiões Sul (1.207), Nordeste (699), Norte (331) e Centro-Oeste (234) (BRASIL, 2014).

Salienta-se que a gestação suscita a possibilidade transmissão do vírus. Embora o *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) tenha estabelecido como uma de suas metas a redução de novas infecções pelo HIV em crianças até o ano de 2015, no Brasil o SINAN registrou 159 casos de AIDS em menores de cinco anos. Esses achados sinalizam a

preocupante discrepância entre a realidade brasileira e o prognóstico estimado pelo Ministério da Saúde (MS), na qual prevê a taxa de 1% em gestantes em uso de antirretrovirais (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014; UNAIDS, 2013).

Frente a isso, torna-se importante salientar que os determinantes do aumento dos casos de transmissão vertical relacionam-se tanto com as condições maternas e do recém-nascido quanto com as políticas voltadas para a saúde da mulher e para a prevenção do HIV (OLIVEIRA; TAKAHASHI, 2011). Assim, o MS se utilizando de portarias e normas técnicas, vem atuando na remissão da infecção perinatal, por meio do aperfeiçoamento de ações no país, pautadas na distribuição de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e materiais técnicos, que vem formando a base para a atuação profissional ética e competente (BRASIL, 2010b).

No ano de 2002, o MS implementou o projeto Nascer-Maternidades. Este investimento foi decorrente da necessidade de medidas adicionais às já existentes para a qualificação da assistência pré-natal às gestantes, para a garantia do diagnóstico precoce do HIV e sífilis. Este projeto objetiva fortalecer as ações de controle da disseminação da epidemia na população materna, da transmissão vertical do HIV e da morbidade e mortalidade por sífilis congênita. Entende que a assistência durante o parto favorece a recuperação de oportunidades perdidas de prevenção, devido ao encontro obrigatório da parturiente com o serviço de saúde hospitalar (BRASIL, 2003; SANTOS et al., 2010).

Em 2005 o MS, por meio do Programa Nacional de DST-AIDS (PN-DST-AIDS), formulou um documento de Recomendações de Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, na qual forneceu diretrizes atualizadas e especializadas, a partir da revisão das Recomendações de Terapia Antirretroviral (TARV) e demais condutas preventivas à transmissão vertical do HIV. Estas situaram-se na utilização de antirretrovirais combinados, realização de cesariana eletiva no parto e quimioprofilaxia com Zidovudina (AZT) na parturiente e no recém-nascido, além do aconselhamento da inibição da lactação (BRASIL, 2007).

Com vistas à redução do impacto epidêmico do HIV na população feminina, considerando o conceito de vulnerabilidade para a determinação da suscetibilidade a um agravo específico, no ano de 2007 foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Suas ações são voltadas aos três níveis de produção de vulnerabilidade feminina: poder de negociação sexual, qualidade do atendimento nos serviços de saúde e fortalecimento individual das mulheres (BRASIL, 2010c).

Contudo, para que essas ações sejam efetivas, os serviços de saúde têm papel fundamental na busca ativa, apoio psicológico e estabelecimento de vínculos que aproximarão a gestante da equipe, promovendo uma relação de confiança, cumplicidade e respeito (SCHERER; BORENSTEIN; PADILHA, 2009; DARMONT et al., 2010).

O enfrentamento à epidemia no Brasil, tem se focado na descentralização das ações de prevenção, que eram majoritariamente realizadas pelos Serviços de Assistência Especializada (SAE). Essas ações tem se estendido à Atenção Primária à Saúde (APS), em diferentes graus e qualidade, permanecendo ainda, alguns desafios para seu aprimoramento, como o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, o acompanhamento do tratamento e a integração dos serviços de saúde (VAL; NICHIATA, 2014).

Para tanto, algumas medidas estão sendo implantadas pelo MS, com vistas à superação dessas lacunas. A portaria 77, de 12 de janeiro de 2012 foi criada para regulamentar a disponibilização de testes rápidos para a detecção de HIV, Sífilis e outros agravos na Atenção Primária, no âmbito da atenção pré-natal, para as gestantes e seus parceiros sexuais (BRASIL, 2012).

Além disso, por meio da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu-se a Rede Cegonha, de modo a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, parto, puerpério e na ocorrência de abortamento. À criança, prevê o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, incluindo a realização do Teste Rápido HIV/Sífilis/Gravidez, na Atenção Primária (BRASIL, 2011a).

A APS foi definida na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, em 1978, como sendo o ponto de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde, na qual os cuidados essenciais são disponibilizados universalmente a todo indivíduo e sua família dentro da comunidade (OPAS/OMS, 1978). Deve ofertar um processo de cuidado integral no que tange a promoção da saúde, a redução de risco e/ou manutenção da saúde, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2010d). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica, torna os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2011b).

No ano de 1992, Barbara Starfield, a partir da releitura da Declaração de Alma-ata, definiu os atributos essenciais e derivados, que caracterizam o serviço quanto a sua orientação à APS. Salienta-se que esses atributos estão inter-relacionados na prática assistencial, o que pode nortear as estratégias avaliativas nesses serviços, ou seja, o quanto estes estão orientados

para os seus atributos definidores (BRASIL, 2010f). Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; e coordenação. Os derivados incluem: orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural.

O acesso de primeiro contato se refere a acessibilidade e a utilização do serviço de APS como fonte de cuidado para os problemas de saúde que surgem, exceto as urgências e emergências. A longitudinalidade remete a existência de uma fonte continuada de atenção. A integralidade representa as ações que englobam desde aspectos biopsicossociais até as ações de promoção da saúde na APS. A coordenação da atenção que representa o atendimento contínuo pelo mesmo profissional (STARFIELD, 1992; BRASIL, 2010f).

A orientação familiar é a atenção centrada na família, a qual visa considerar o contexto familiar, as suas condições de cuidado ou os fatores que interferem negativamente na saúde do usuário. A orientação comunitária implica no serviço reconhecer as necessidades da comunidade, por meio de dados epidemiológicos e do próprio contato direto com o usuário, família e comunidade. E a competência cultural requer, por parte dos profissionais, a adaptação às características culturais da comunidade que atende, de modo a facilitar o relacionamento com a mesma (STARFIELD, 1992; BRASIL, 2010f).

Esses atributos são realizados pelos pontos que compõem a Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS) (GIOVANELLA et al., 2009; BRASIL, 2010d; BRASIL, 2010e; BRASIL, 2010g). A organização das RAS, sob orientação e coordenação da APS, representa um mecanismo eficaz de superação da fragmentação existente no sistema de saúde, tanto em relação à organização interna, quanto em sua capacidade de enfrentamento aos desafios do vigente cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010g). Atuando como estratégia na orientação do sistema de saúde, deve responder as necessidades dos indivíduos, considerando o enfrentamento dos determinantes sociais baseado no conceito de saúde como sendo um direito social (GIOVANELLA et al., 2009).

No entanto, é de fundamental importância entender como é realizada a abordagem integral à saúde proposta pela RAS. Dentre outros quesitos, tem-se a organização de recursos por Linhas de Cuidado. Desse modo, permite articular os recursos disponíveis à prática assistencial e de promoção à saúde. Objetiva obter, de maneira oportuna e ágil, a atenção qualificada e integral, centrada no usuário e em suas necessidades por meio de projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2010g).

Porém, identifica-se, ainda, a dificuldade de articulação entre os serviços de APS, SAE e maternidades, no que tange a transferência para os demais pontos da RAS. A integralidade não tem acontecido porque a descentralização e regionalização não tem permitido a

integração entre os diferentes pontos de acesso na rede. Os obstáculos consistem na desproporção de serviços de APS para o número de habitantes, insuficiência da RAS nos serviços de diferentes densidades tecnológicas e despreparo profissional para atender as demandas referentes ao HIV, culminando na fragmentação das ações (VAL; NICHIATA, 2014).

Além disso, o cotidiano assistencial concentra-se no SAE devido a organização do serviço que, para os usuários, parece suprir todas as suas necessidades em saúde, independente da complexidade do agravo, dificultando a compreensão da existência de uma rede de serviços que poderia ser utilizada, também, como uma fonte de recursos (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Contudo, é recomendado que os serviços de APS atuem conjuntamente ao SAE às pessoas vivendo com HIV, com vistas à maior resolutividade das questões de saúde não somente nos serviços especializados. Esta iniciativa emergiu a partir da constatação, pelo MS, de que o diagnóstico para o HIV ocorria tardiamente, despertando a necessidade de incluir essas demandas na APS (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2012). Isto reflete que, mesmo os usuários considerando que suas necessidades são supridas nos serviços especializados, de fato, isso não ocorre. Novamente ressalta-se a importância da articulação entre esses serviços.

A atenção na APS destinada à mulher vivendo com HIV exige medidas concretas como a realização de exames diagnósticos para o HIV durante o acompanhamento pré-natal. Estas devem ocorrer juntamente ao aconselhamento e fornecimento da terapia antirretroviral para as mulheres e crianças expostas à infecção (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008; BRASIL, 2010c).

A importância da articulação dos serviços de saúde na remissão da transmissão vertical consiste na união de esforços que envolvem a oferta abrangente de insumos fornecidos pela esfera gestora. Destaca-se a garantia da oferta e do acesso à testagem anti-HIV como primeira etapa na prevenção da transmissão vertical, na medida em que proporciona a identificação precoce da infecção e, com isso, a adoção de recomendações profiláticas em tempo hábil (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008).

Contudo, essas ações ainda são insuficientemente abrangentes nos serviços de APS, pois as elevadas demandas relacionadas ao pré-natal e à assistência à mulher no geral provocam a resistência à adoção de novas tecnologias de cuidado, como o aconselhamento e a educação sexual (BRASIL, 2010c).

Este panorama reflete a dificuldade dos serviços em efetuar ações qualificadas no pré-natal e no parto, podendo relacionar-se à baixa qualificação dos profissionais e falta do

cumprimento das normas expressas nas políticas de atenção às mulheres nos serviços de diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2007; ARAÚJO et al., 2014).

Nesse sentido, a qualificação dos profissionais de saúde é fundamental para a eficiência das intervenções, com base na atuação ética e competente para o esclarecimento das questões envolvendo a saúde dos indivíduos que procuram os serviços, como maneira de promover a saúde e prevenir agravos, valorizando a autonomia dos usuários (BRASIL, 2010d).

A atenção qualificada às gestantes vivendo com HIV envolve, também, a atuação intersetorial, que pode atuar como ampliador da APS, pois, estendendo-se aos diversos pontos de determinação dos processos de cuidado e saúde, pode sobrepor-se aos efeitos da fragmentação que persistem nos serviços de saúde pertencentes ao SUS. A implementação de uma concepção abrangente e integral da APS, exige a construção e consolidação de sistemas de saúde articulados em rede e centrados no usuário, de forma a responder às demandas de saúde da população (GIOVANELLA et al., 2009).

Contudo, questões como a dificuldade de acesso aos serviços de APS ocasiona um viés no sistema de saúde, na medida em que se busca a resolução dos problemas de saúde nos serviços hospitalares, transformando-o na porta de entrada preferencial para a assistência. Esta realidade sinaliza um dos principais desafios à oferta integral do cuidado, fortalecer a APS como centro integrador dos serviços e de suas ações de promoção, prevenção e reabilitação (GIOVANELLA et al., 2009; SHIMIZU; PAMELA; SANCHEZ, 2012).

Frente a isso, o conhecimento e identificação da forma de realização da atenção à saúde durante o período gestacional na APS podem ser obtidos por meio do processo avaliativo dos serviços de saúde. Este representa uma importante etapa para programar melhorias junto às ações para superar as fragilidades da APS (OLIVEIRA et al., 2013).

Assim, avaliar a qualidade dos serviços significa, sobretudo, identificar o quanto estão sendo atendidas as necessidades dos usuários. Deve orientar-se para além das questões de saúde-doença, como distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações dos indivíduos. Deve considerar a satisfação dos usuários, os custos que envolvem a atenção, qualificação dos profissionais que prestam o cuidado, qualidade dos equipamentos, além da segurança e da aparência das unidades, que contribuirão, ou não, para o retorno aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Frente ao exposto, a realização dessa pesquisa justifica-se pela relevância da temática referente à atenção à saúde da gestante vivendo com HIV. No âmbito das pesquisas avaliativas, carece o enfoque sobre a atenção à saúde destas gestantes nos serviços, sobretudo,

na APS. Estudos que se propõem a avaliar a APS possibilitam a melhoria dos serviços ofertados, por meio do auxílio aos gestores na tomada de decisão, baseado em evidências. Além disso, quando são realizadas a partir da experiência do usuário, promovem a integração do mesmo no processo avaliativo, tornando-se uma abordagem estratégica e otimizadora, mais acessível e útil para evidenciar a qualidade da APS quanto aos serviços prestados (OLIVEIRA et al., 2013).

Para tanto, tem-se como **objetivo geral**: comparar a qualidade da atenção à saúde das gestantes vivendo com HIV entre os tipos de serviço, segundo o PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida, na experiência das usuárias. Os **objetivos específicos** foram: caracterizar as gestantes vivendo com HIV quanto ao perfil demográfico, econômico, social, obstétrico e clínico; descrever os resultados encontrados na aplicação do PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida para questões relacionadas ao escore geral dos atributos dos serviços de APS, por meio da produção de escores padronizados; e avaliar a relação entre o escore geral dos atributos da APS com as variáveis estudadas.

Trata-se de uma pesquisa transversal, aprovada pelo Comitê de Ética da UFSM, com o número do CAAE 26498113.0.0000.5346 (ANEXO A), originou-se a partir execução do matricial intitulado “Avaliação da Atenção Primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa GP-PEFAS da UFSM, na linha de pesquisa “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da AIDS”, que sinalizou a necessidade de ampliar e estender a pesquisa à população de gestantes vivendo com HIV.

A pesquisa foi realizada no município de Santa Maria, localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A população consistiu-se das mulheres vivendo com HIV que em algum momento do período gestacional foram atendidas nos serviços públicos de APS, no período de 2012 a 2014. Nesse sentido, foi utilizada a totalidade da população de gestantes HIV, contabilizando 78 participantes.

Os campos de coleta de dados foram o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o Hospital Casa de Saúde e os serviços públicos de APS de Santa Maria/ RS. As participantes foram acessadas de acordo com o fluxograma de acesso às participantes (Figura 1).

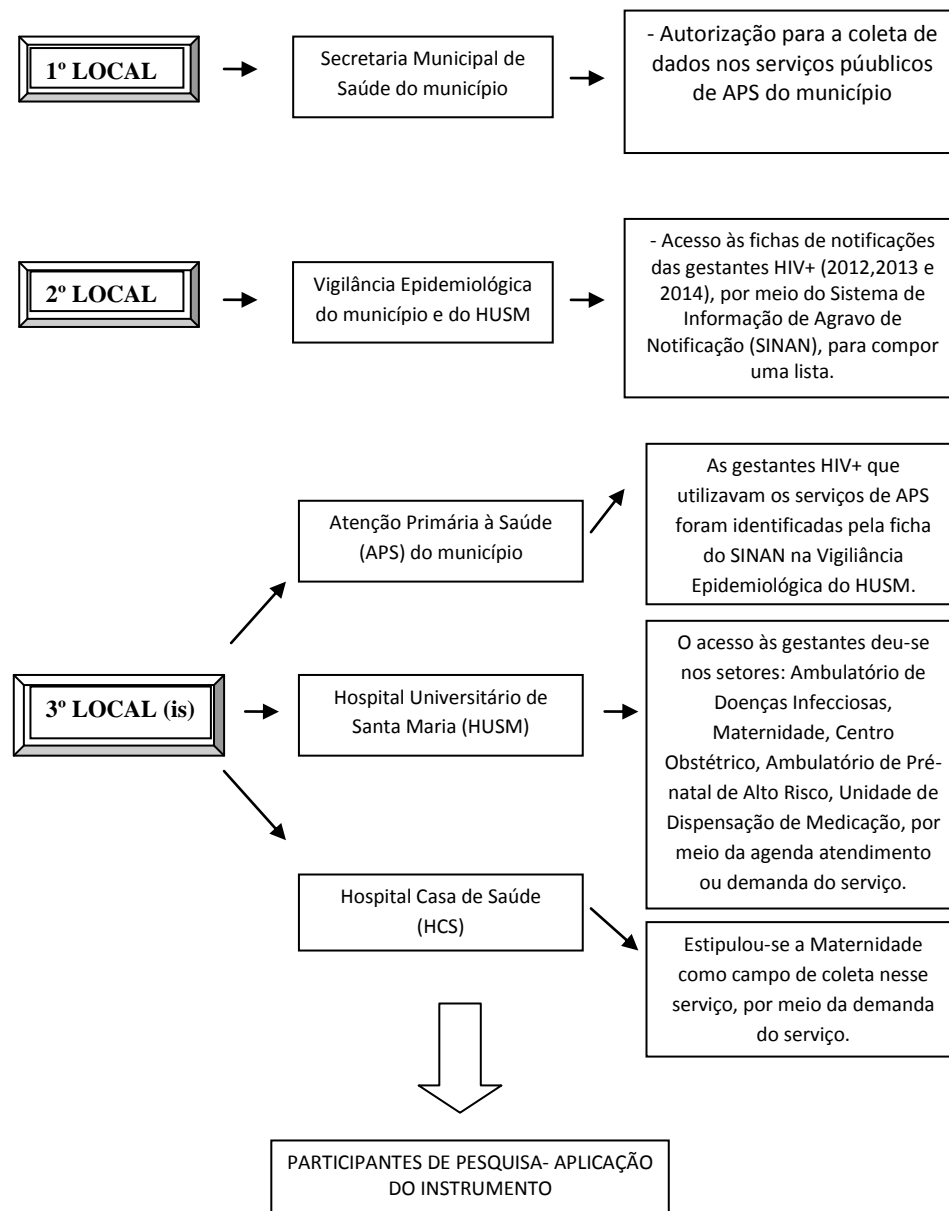


Figura 1 – Fluxograma de acesso às participantes. Santa Maria, 2013.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a novembro de 2014, pela mestranda e por auxiliares devidamente certificados. Os critérios de inclusão foram: as mulheres que utilizaram os serviços públicos de APS do município de Santa Maria/RS durante o período gestacional no ano de 2012 a 2014. Excluíram-se 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.

Para tanto, utilizou-se um protocolo de pesquisa composto por um formulário para a caracterização do perfil sociodemográfico, econômico, obstétrico e clínico (APÊNDICE A) e pelo instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida) (ANEXO B). Esse instrumento foi criado na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC) (STARFIELD; XU; SHI, 2001) com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005).

Visa avaliar o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS. Foi validado e adaptado à realidade brasileira, por meio da aplicação em amostra de base populacional no município de Porto Alegre/RS e em usuários na rede de serviços do município de Petrópolis/RS (HARZHEIM et al., 2006; MACINKO; ALMEIDA; SA, 2007).

Para a presente pesquisa foi utilizada a versão Adulto reduzida. Os resultados da reavaliação da versão completa do instrumento PCATool-ADULTO-BRASIL, mostraram que há uma contribuição diferente de cada item para o traço latente ‘orientação à APS’, sinalizando que, embora o instrumento seja adequado para avaliar os serviços de APS, alguns itens apresentaram baixa contribuição, sugerindo a possibilidade de redução do instrumento. A partir disso, foi validada a versão reduzida do instrumento, composto por 23 itens distribuídos nos nove componentes a seguir (OLIVEIRA et al., 2013):

1. Afiliação (A) - combinação das três questões referentes ao serviço de saúde preferencial - A1 a A3.
2. Primeiro contato (B e C) - utilização e acesso do serviço de saúde - B2; C4; C11.
3. Longitudinalidade (D)- atendimento continuado- D1; D6; D9; D15.
5. Coordenação (E e F) - cuidado e sistemas de informação- E6; E10; E11; F3.
6. Integralidade (G e H) - serviços disponíveis e prestados- G9; G17; G20; H1; H5; H7; H11.
7. Orientação (I e J) - familiar e comunitária- I1; I3; J4.

As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9).

A operacionalização da coleta de dados deu-se de acordo com as etapas que seguem:

- a) 1ª etapa- **capacitação dos coletadores:** para a execução das entrevistas contou-se com a participação de quatro auxiliares que, juntamente à mestrandia responsável pela pesquisa, inseriram-se nos campos de coleta. A capacitação deu-se por meio da observação prévia de entrevistas realizadas pela mestrandia. Nestas ocasiões, procedeu-

se o esclarecimento de dúvidas, elucidação da maneira de abordagem das participantes e da apresentação entre entrevistadora e entrevistada, bem como a familiarização tanto com os campos de coleta, quanto com o protocolo de pesquisa. Cada coletadora recebeu um kit contendo: protocolo de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C) e Termo de Confidencialidade dos dados (APÊNDICE D);

- b) 2ª etapa- **coleta dos dados:** Previamente a realização das entrevistas organizou-se uma lista com o nome das prováveis participantes. Esta foi composta pelas notificações realizadas nos anos de 2012 a 2014 pelo núcleo de vigilância epidemiológica do HUSM, contendo informações referentes a gestante e a criança exposta, quais sejam: Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do prontuário; nome completo; data de notificação no SINAN; data de nascimento; nome completo da avó materna; município de residência e logradouro da residência. Por meio destes dados foi possível verificar os dias de consulta nos serviços, a partir da agenda de atendimento médico, procedendo-se as coletas;

As entrevistas foram realizadas presencialmente, em locais reservados, solicitados previamente aos profissionais dos campos de coleta, no intuito de garantir a privacidade das participantes. A população elegível de mulheres que foram gestantes no período estipulado (2012 a 2014) totalizou 109 possíveis participantes. No entanto, houve 33 perdas, perfazendo 78 participantes como população do estudo. Quantificando-se as perdas: Houve duas recusas e 29 foram perdidas devido ao não comparecimento destas participantes nos serviços durante o período de coleta.

Durante esta etapa pode-se evidenciar a elevada dificuldade de encontrar as participantes nos serviços de saúde, que constituíam os campos para coleta. Do total de 78 participantes, apenas uma (1) foi entrevistada na APS, nenhuma (zero) participante foi entrevistada no Hospital Casa de Saúde, restando 77, que foram acessadas nos campos de coleta dentro do HUSM (Ambulatório Adulto e Pediátrico de Doenças Infecciosas, Maternidade, Centro Obstétrico, Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco, Unidade de Dispensação de Medicação). Durante o percurso de coleta, em virtude desta dificuldade, mobilizaram-se algumas estratégias para captação das participantes. Estas, por sua vez, foram autorizadas mediante emendas enviadas ao CEP:

- 1ª ampliação dos campos de coleta: incluiu-se a maternidade e o centro obstétrico do HUSM como locais de coleta dos dados. Na maternidade foi possível entrevistar seis (6) participantes, no entanto, nenhuma participante foi acessada no centro obstétrico;

- 2ª solicitação dos prontuários das mulheres ao serviço de arquivo do HUSM: por meio do SAME, que era uma das informações contidas na lista prévia às coletas, extraíram-se informações como o telefone e endereço atuais das mulheres nos prontuários. Esta estratégia possibilitou a execução da 3ª, 4ª e 5ª estratégia;
- 3ª busca ativa das mulheres na APS: os endereços atualizados permitiram identificar os serviços de APS mais próximos a residência das mulheres. Respeitando-se o sigilo diagnóstico da infecção pelo HIV, procedeu-se a busca de informações acerca do agendamento de possíveis consultas e se havia acompanhamento àquelas mulheres, naqueles serviços. O resultado desta estratégia mostrou que os serviços de APS parecem não realizar busca ativa das mulheres. As justificativas obtidas das enfermeiras dos serviços referiram-se à: um dos serviços passou a ser considerado ambulatorial, não mais pertencente à APS, o que culminou no não atendimento desta população; enfermeiras de três unidades referiram não conhecer as pacientes, alegando estar inseridas na equipe há pouco tempo; enfermeiras de cinco serviços comprometeram-se a localizar as usuárias e retornar contato com a mestrandia responsável pela pesquisa, no entanto, não houve retorno de nenhum serviço. Uma unidade encontrava-se sem enfermeiro(a) e, de acordo com os livros de registros dos usuários, não havia o acompanhamento das mulheres solicitadas;
- 4ª marcação de entrevistas diretamente com as participantes: por meio dos telefones atualizados e respeitando-se os preceitos éticos de sigilo diagnóstico, foi possível localizar as potenciais participantes e efetuar ligações na tentativa de agendar as entrevistas. Esta estratégia possibilitou o agendamento e realização de seis entrevistas no HUSM;
- 5ª Entrevistas via telefone: atentando-se para o compromisso ético de não revelação do diagnóstico, três entrevistas foram realizadas por meio de ligação telefônica.

Salienta-se que, para a execução das estratégias mencionadas, foram solicitadas emendas ao CEP da UFSM, na qual determinou parecer favorável às solicitações.

- c) 3ª etapa- **digitação e análise dos dados:** 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. A análise dos dados foi realizada no *Predictive Analytics Software (PASW)* versão 18.0 *for windows*. A consistência interna dos componentes do PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach.

A presente pesquisa respeitou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, considerando os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e o da justiça, com vistas a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Às participantes foi oferecido o TCLE, com esclarecimentos sobre a pesquisa e a garantia da privacidade dos indivíduos, bem como a participação voluntária, sem que houvesse ônus de qualquer natureza, no caso de desistência em qualquer etapa da pesquisa. O TCLE foi assinado, em duas vias, pela coletadora e pelas participantes, na qual uma via foi destinada à participante e a outra retida e arquivada pela pesquisadora. Assegurou-se o não recebimento de qualquer forma de pagamento ou gratificação decorrente da participação na pesquisa.

A não divulgação dos dados individuais que possibilitassem a identificação das participantes da pesquisa foi garantida pelo Termo de Confidencialidade, que afirmou o compromisso em preservar o material proveniente da coleta de dados por um período de cinco anos, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem da UFSM, no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no campus da UFSM. Este local pertence ao núcleo de pesquisa do GP-PEFAS, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Após este período os dados serão incinerados.

Os riscos mínimos que podem ter sido desencadeados pela entrevista foram: cansaço e desconforto às participantes, devido à mobilização de sentimentos relacionados à condição de saúde. Os benefícios da pesquisa para os entrevistados foram indiretos, visto que esta pesquisa ampliou conhecimento temático, com possibilidade de melhoria do atendimento de saúde de gestantes vivendo com HIV.

Os dados coletados constituíram um banco de dados, mantido sob a guarda da pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula e somente estão sendo divulgados de forma anônima. A dissertação será apresentada na forma de dois artigos científicos, de acordo com as normas de submissão das revistas *Ciencia y Enfermeria* e *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, ambas classificadas como periódico B1 pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

ARTIGO 1 – Artigo encaminhado ao periódico Ciencia y Enfermería em janeiro de 2015.

**ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À SAÚDE DE GESTANTES VIVENDO COM HIV:
REVISÃO INTEGRATIVA**

**ESTRATEGIAS DE CUIDADO A LA SALUD DE EMBARAZADAS VIVIENDO CON
SIDA: REVISIÓN INTEGRATIVA**

**STRATEGIES IN HEALTH CARE FOR PREGNANT WOMEN LIVING WITH HIV:
INTEGRATIVE REVIEW**

Raquel Einloft Kleinibing*
Cristiane Cardoso de Paula**
Stela Maris de Mello Padoin***
Clarissa Bohrer da Silva****
Tamiris Ferreira*****
Daiani Oliveira Cherubim*****

* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. email: raquel_e_k@hotmail.com

** Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. cris_depaula1@hotmail.com

*** Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. stelamaris_padoin@hotmail.com

**** Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. clabohrer@gmail.com

***** Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. Bolsista PIBIC. tamirisf26@hotmail.com

***** Enfermeira. Santa Maria, RS, Brasil. Bolsista PIBIC. daiacherubim@hotmail.com

Autor para correspondência: Raquel Einloft Kleinubing.

Endereço: Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1336. Cidade Universitária, bairro Camobi, Santa Maria/RS, Brasil. CEP: 97105-900. Telefone: (55)32208938. E-mail: raquel_e_k@hotmail.com

RESUMO

Revisão integrativa com o objetivo de avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as estratégias de cuidado na atenção à saúde de gestantes vivendo com HIV. A busca ocorreu em agosto de 2014, nas bases de dados Lilacs, PubMed e Scopus, utilizando a estratégia ((prenatal care *or* pregnant women) *and* (HIV *or* Acquired Immunodeficiency Syndrome)). Selecionou-se 49 estudos com nível de evidência de 2 a 6, que apontaram como estratégias de cuidado: aconselhamento; testagem anti-HIV; contagem de carga viral; suporte nutricional; terapia antirretroviral; inclusão do companheiro no pré-natal; planejamento reprodutivo; visita domiciliar; ações educativas; capacitação profissional; implantação de sistema integrado de informação; escolha da via de parto. Faz-se necessário a instrumentalização dos profissionais de saúde, o que favorecerá a adesão da gestante às medidas estabelecidas durante o pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; gestantes; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

RESUMEN

Revisión integrativa con el objetivo de evaluar las evidencias disponibles en la literatura sobre las estrategias de cuidado en la atención a la salud de embarazadas viviendo con VIH. La búsqueda ocurrió en agosto de 2014, en las bases de datos Lilacs, PubMed y Scopus, utilizando la estrategia ((prenatal care *or* pregnant women) *and* (HIV *or* Acquired Immunodeficiency Syndrome)). Fue seleccionado 49 estudios con el nivel de evidencia de 2 a 6, que apuntaron como estrategias de cuidado: asesoramiento; probación anti SIDA; contaje de carga viral; soporte nutricional; terapia antirretroviral; inclusión del compañero en el prenatal; planeamiento reproductivo; visita domiciliar; acciones educativas; capacitación profesional; implantación de sistema integrado de información; elección de la vía de parto. Se hace necesaria la instrumentalización de los profesionales de salud, lo que favorecerá la adhesión de embarazadas a las medidas establecidas durante el prenatal.

Palabras-clave: Cuidado Prenatal; mujeres embarazadas; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

ABSTRACT

Integrative review with the purpose of evaluating the evidence available in literature on the strategies in health care for pregnant women living with HIV. The data collection took place in august 2014, in the Lilacs, PubMed and Scopus database, making use of search strategy ((prenatal care *or* pregnant women) *and* (HIV *or* Acquired Immunodeficiency Syndrome)). 49 studies with evidence level amid 2 to 6 were selected, which pointed as care strategies: counseling; anti-HIV testing; viral load testing; nutritional support, antiretroviral therapy; partner inclusion in prenatal; reproductive planning; home visit; educational actions, professional training; the implantation of the integrated system of information; the mode of delivery. The instrumentalization of health professionals has been made necessary, which will favor the adherence of the pregnant women to the measures established during the prenatal.

Keywords: Prenatal care; pregnant women; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome

INTRODUÇÃO

Desde o diagnóstico dos primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), na década de 80, o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV sofreu transformações, como avanço dos casos entre as mulheres, principalmente, em idade reprodutiva. Isto resultou na incidência de AIDS em crianças, na categoria de exposição transmissão vertical do HIV ⁽¹⁾.

A feminização da epidemia tem sinalizado a importância de estratégias de prevenção de casos de infecção, especialmente o investimento na terapia antirretroviral (TARV) ⁽²⁾. Tem-se buscado atingir o controle da transmissão vertical por meio da continuidade dos esforços preventivos e de estímulo à captação e monitoramento dos novos casos ⁽¹⁾.

A distribuição de insumos como testes rápidos, exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e materiais técnicos vem formando a base dos esforços na busca pela remissão dos novos casos de infecção ⁽³⁾. Há a necessidade de fundamentar essas ações de cuidado em estratégias como: aconselhamento, diagnóstico precoce, acolhimento, vínculo entre profissionais e usuárias, entre outras ⁽⁴⁾. Imprescindível, também, contemplar questões sociais na atenção à saúde, sugerindo a necessidade da implementação e intensificação de estratégias de prevenção existentes ^(5,6).

Apesar destes esforços, é possível identificar lacunas na implementação de tais propostas. As falhas na identificação precoce das gestantes soropositivas para o HIV suscitam a importância do reconhecimento da forma de implementação da assistência e de estratégias utilizadas para o cuidado nos serviços públicos de saúde, representando uma importante questão quando se busca efetivamente a redução da transmissão vertical e a qualificação da atenção materno-infantil ^(7,8).

Sendo assim, o **objetivo** deste estudo foi avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre as estratégias de cuidado na atenção à saúde de gestantes vivendo com HIV.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa ⁽⁹⁾, com a questão norteadora: “Quais as estratégias de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde às gestantes vivendo com HIV no pré-natal?”.

Buscaram-se produções nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine/National Institutes of Health (PubMed) e SciVerse Scopus (SCOPUS), utilizando-se, como estratégia de busca, a combinação dos descritores/mesh terms/key words: “Cuidado pré-natal/ prenatal care” *or* “gestantes/ pregnant women” *and* “HIV” *or* “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/Acquired Immunodeficiency Syndrome”.

O levantamento dos dados ocorreu em agosto de 2014. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa que respondessem a questão norteadora; disponíveis na íntegra *online*; nos idiomas inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou texto não disponível na íntegra. Foram encontradas 3513 produções, dos quais 49 foram selecionadas, conforme critérios de inclusão supracitados.

Após leitura exaustiva dos estudos incluídos, preencheu-se um instrumento validado, com os seguintes itens: identificação do artigo, procedência do estudo, área do conhecimento, objetivo e delineamento do estudo, nível de evidência e principais resultados ^(10,11).

No que se refere aos aspectos éticos, foram respeitadas as ideias, os conceitos e as definições empregadas pelos autores dos artigos analisados, as quais foram apresentadas e citadas fidedignamente.

RESULTADOS

Quanto à procedência, os Estados Unidos da América destacou-se com 13 produções, seguido pela África e Brasil, apresentando nove e sete pesquisas, respectivamente. A área de conhecimento com o maior número de publicações foi a Medicina, com 33 estudos, seguida pelas áreas da Epidemiologia e Saúde Pública, com três estudos cada.

Com relação ao delineamento do estudo, 36 foram classificados como quantitativos não experimentais, 10 como quantitativos experimentais, dois quali-quantitativos, e um qualitativo. Os níveis de evidência⁽¹⁰⁾ “quatro” e “seis” mostraram-se em 19 e 18 estudos, respectivamente, enquanto que os níveis “dois” e “três” foram evidenciados em seis estudos cada (APÊNDICE E).

A análise dos dados (n=49) possibilitou avaliar as evidências de estratégias de cuidado na atenção à saúde de gestantes vivendo com HIV: aconselhamento⁽¹²⁻¹⁸⁾; testagem anti-HIV⁽¹²⁻²⁷⁾; contagem de carga viral⁽²⁸⁻³⁰⁾; suporte nutricional⁽³¹⁾; Terapia antirretroviral (TARV)^(19,32-38,39-45); inclusão do companheiro no pré-natal⁽⁴⁶⁻⁵¹⁾; planejamento reprodutivo⁽⁵²⁻⁵³⁾; visita domiciliar^(40,41); ações educativas^(16,54-57); capacitação profissional^(40,41); implantação de sistema integrado de informações⁽⁵⁸⁾; escolha da via de parto^(37,59-60).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O **aconselhamento**, desenvolvido tanto pré quanto pós-testagem anti-HIV, foi identificado como o ponto inicial das ações preventivas ao HIV. Durante o pré-natal, pode representar uma ferramenta eficaz para promover, além da prática sexual segura, a prevenção da transmissão vertical ^(12,13), pois pode resultar em uma maior captação das gestantes e, conseqüentemente, elevação das chances de prevenção. Estudos realizados na Nigéria e na China, revelaram que o maior conhecimento sobre HIV e transmissão vertical, obtido durante o aconselhamento, associa-se positivamente à aceitação de outras estratégias como, por exemplo, a testagem anti-HIV ^(14,15).

Embora estes estudos demonstrem a elevada realização de aconselhamento ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, ainda podem-se observar lacunas nas consultas de pré-natal, na qual muitas gestantes permanecem sem receber aconselhamento e, com isso, a testagem. Isto inviabiliza a detecção precoce dos casos de infecção pelo HIV, culminando na necessidade de investimento em intervenções que promovam a realização do aconselhamento nos serviços de saúde ⁽¹⁷⁾. No Zimbábue, voluntários capacitados foram recrutados para promover o aconselhamento às gestantes em contextos de recursos escassos. Esta iniciativa contribuiu para o aumento da cobertura de aconselhamento e testagem anti-HIV ⁽¹⁸⁾.

A requisição do **teste sorológico para o HIV** representa uma oportunidade de diagnóstico precoce do HIV. As elevadas taxas de testagem identificadas na Nigéria e no Canadá ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, convergem com os achados na China, na qual a oferta do teste anti-HIV no pré-natal foi associada ao conhecimento prévio quanto aos riscos da transmissão vertical, evidenciando a relevância das informações ofertadas no aconselhamento. Neste estudo, as mulheres mostraram-se 6,8 e 6,9 vezes mais dispostas a receber a testagem ⁽¹⁵⁾.

Estes resultados convergem com o estudo realizado na Nigéria, na qual 96,1% das mulheres mostraram-se dispostas a realizar o teste durante a gestação, principalmente após

compreenderem sua importância para prevenção da transmissão vertical ⁽¹⁴⁾. Além disso, quando o aconselhamento e a testagem incluíam o companheiro, o maior conhecimento obtido sobre o HIV, culminou na prática sexual segura com uso de preservativo ^(12,13).

Nesse sentido, diferentes métodos diagnósticos, por meio de sorologia anti-HIV foram identificados. A Polymerase Chain Reaction, que consiste na tecnologia de amplificação molecular, permitiu a identificação precoce de infecção pelo HIV e, com isso, a otimização da profilaxia com administração de Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART), reduzindo a transmissão vertical do HIV ⁽¹⁹⁾. Estudo realizado no México, com o objetivo de diagnosticar, tratar e prevenir a transmissão vertical, utilizou testagem rápida por meio de fluido oral. As gestantes diagnosticadas receberam HAART o que culminou numa taxa de prevenção da transmissão vertical de 100%, reduzindo a morbimortalidade e os custos ⁽²⁰⁾.

Na Colômbia, um estudo foi desenvolvido para identificar, dentre três estratégias de triagem ao HIV atualmente disponíveis (testagem voluntária, universal e opcional), a que possui melhor relação custo-eficácia. A testagem universal, realizada por meio dos testes de terceira geração (ELISA I e II) foram identificados como estratégias para a detecção de infecção materna pelo HIV, representando ferramentas diagnósticas menos onerosas, mais eficazes e de melhor aceitação de rastreio ⁽²¹⁾.

Estes resultados convergem com os encontrados no Canadá, na qual a estratégia “opt-out”, o teste é solicitado de maneira universal, como parte da rotina de pré-natal, aumentou significativamente as taxas de testes anti-HIV, comparado a média provincial ⁽²²⁾. Na Finlândia, a combinação do rastreio universal com a atuação multidisciplinar no manejo de gestantes permitiu o tratamento individualizado, levando ao diagnóstico em tempo oportuno, prevenindo a transmissão vertical do HIV ⁽²³⁾.

O teste rápido realizado durante a gestação e repetido ao final desta mostrou-se eficaz no rastreio e confirmação do diagnóstico de HIV na África, representando um dispositivo

complementar na prevenção da transmissão do HIV, tanto na categoria de exposição vertical quanto horizontal ⁽²⁴⁾. Um estudo realizado na Província de Battambang, no Camboja, identificou a viabilidade dos testes rápidos anti-HIV durante o pré-natal e parto, tendo em vista que o sucesso na prevenção da transmissão vertical tem esbarrado na baixa absorção e realização de testes em gestantes. Com isso, os pesquisadores determinaram que a abordagem de repetição do teste rápido é viável do ponto de vista econômico e atingiu um alto percentual de aceitação pelas gestantes no pré-natal (95,5% e 99,4%) ⁽²⁵⁾.

Resultados semelhantes foram encontrados por pesquisadores dos Estados Unidos, na qual promoveram a repetição do teste rápido no momento do parto em Uganda, considerando que o teste realizado somente no início da gestação limita a descoberta da infecção aguda pelo HIV, por não haver anticorpos ainda detectáveis, bem como a ocorrência durante o decorrer da gestação. Tal estratégia apresentou viabilidade de custo-eficácia na prevenção da transmissão vertical, frente aos recursos econômicos limitados deste país ⁽²⁶⁾.

Em um estudo realizado no Brasil, nas cidades do Rio de Janeiro e Porto Alegre, foi demonstrada a realização do teste rápido para o HIV durante o parto e pós-parto em maternidades, tendo em vista que 95% das mulheres dão a luz em hospitais, representando uma oportunidade para realização do teste. No entanto, salientou-se a necessidade de haver a disponibilização irrestrita e voluntária do aconselhamento, dos testes e TARV, para que seja possível ofertar um pré-natal de qualidade e coerente com os esforços para a prevenção da transmissão vertical ⁽²⁷⁾.

O acesso a **carga viral do HIV** e contagem de linfócitos T CD4 durante o pré-natal, parecem associar-se, também, à redução da transmissão vertical ⁽²⁸⁾. No entanto, ressalta-se a importância de se considerar o risco de transmissão vertical relacionado à idade materna, idade gestacional e realização do acompanhamento pré-natal, uma vez que, relaciona-se ao menor risco de transmissão vertical em mulheres mais jovens ⁽²⁹⁾.

Os resultados apresentados acima convergem com os achados de um estudo realizado na Colômbia, na qual observou que a carga viral inicial de 10.000/mm³, a falta de acompanhamento pré-natal e o diagnóstico tardio durante a gestação consistiam em preditores de transmissão vertical⁽³⁰⁾.

O **estado nutricional** materno consiste, também, em um importante fator a ser considerado durante o pré-natal. Nesse sentido, a suplementação nutricional foi demonstrada nos Estados Unidos, na qual a disponibilização de multivitamínicos e suplementação com vitamina A resultou no maior ganho ponderal durante o segundo e terceiro trimestre gestacional, em comparação com gestantes que não receberam suplementação ou receberam apenas suplementos multivitamínicos⁽³¹⁾.

O manejo medicamentoso com TARV quando administrado de maneira ágil e seguido corretamente, auxilia na redução da transmissão vertical, evitando a perda de oportunidades de prevenção⁽³²⁻³⁴⁾. Na África Subsaariana, um estudo desenvolvido com gestantes soropositivas ao HIV demonstrou que o tratamento com HAART reduz significativamente a incidência de transmissão vertical. Por meio do teste Polymerase Chain Reaction, identificou-se a incidência de 0,00% de transmissão vertical em crianças expostas ao HIV devido a sorologia materna positiva ao HIV em tratamento com HAART, comparado com a incidência de 6,82% naquelas com outros tipos de tratamento⁽¹⁹⁾.

Convergente com esses achados, um projeto desenvolvido na China, na qual a HAART foi oferecida para todas as gestantes infectadas pelo HIV, a taxa de transmissão vertical foi de 1%, evidenciando a eficácia e segurança deste método⁽³⁵⁾. Na França, mães que estavam praticando aleitamento materno exclusivo receberam HAART. Os resultados apontaram uma taxa de transmissão vertical para cerca de 1,3%, sendo similar a taxa de incidência quando a opção de alimentação infantil é a fórmula láctea (1%)⁽³⁶⁾.

Entretanto, contrastando-se à realidade de países desenvolvidos, o MS do Brasil recomenda a utilização de fórmula láctea ou o credenciamento em bancos de leite. Em casos especiais, o banco de leite humano credenciado ao MS é recomendado à recém-nascidos pré-termo ou de baixo peso ⁽⁵⁾. No Brasil, os resultados satisfatórios de uma pesquisa apontaram o elevado cumprimento das ações propostas pelo MS. A cobertura de TARV durante a gestação, parto e ao recém-nascido ultrapassou 90% ⁽³⁷⁾.

Contudo, salienta-se que ao avaliar-se a eficácia da TARV, o conhecimento do perfil farmacoepidemiológico, por meio da atuação do serviço farmacêutico na administração correta do tratamento, é fundamental, tanto para a identificação do nível de adesão a TARV, quanto para a promoção da satisfação do usuário com as terapias de manejo da infecção e profilaxia da transmissão vertical ⁽³⁸⁾.

Contudo, para que as estratégias sejam efetivamente adotadas, há a necessidade de maior integração de cuidados referentes ao TARV em clínicas pré-natais, o que promove uma maior captação e adesão, tanto materna ao tratamento e testagem para o HIV, quanto da criança exposta ⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

Um estudo, realizado em clínicas rurais no Kenya, apontou que, do ponto de vista dos profissionais que prestam cuidados às gestantes vivendo com HIV, a integração de HAART aos cuidados pré-natais habituais é viável e implica na melhoria da qualidade do cuidado, por meio de maior precisão nos registros, aproximação entre profissionais e usuárias do serviço advinda da maior satisfação com o trabalho e com os serviços prestados, trazendo maior adesão ao acompanhamento pré-natal e às medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV ⁽⁴²⁾.

Estudos realizado nos Estados Unidos e na África demonstraram que a intergração de antirretrovirais com a assistência pré-natal acarretou uma maior captação de mulheres durante a gestação, em comparação com o encaminhamento para a realização da TARV, em locais

que possuem poucos recursos econômicos, diminuindo o tempo estimado para iniciação da profilaxia, o que repercutiu positivamente na prevenção da transmissão vertical⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

A **inclusão do companheiro no cuidado pré-natal** foi identificada em estudos no Camboja e nos Estados Unidos, na qual se mostrou positivamente associada com a participação das gestantes no pré-natal, facilitando a disponibilização da TARV em regiões rurais e a adesão aos cuidados de prevenção da transmissão vertical do HIV^(46,47). Esta intervenção resultou em uma maior participação dos homens nos serviços de saúde (30%) e, com isso, propiciou o aconselhamento pré e pós-teste ao casal^(48,49).

A participação masculina nos cuidados pré-natais, aconselhamento e testagem para o HIV em serviços de Atenção Primária a Saúde foi descrita. Mulheres que obtiveram apoio do companheiro nos cuidados, apresentaram maiores índices de adesão a profilaxia da transmissão vertical com nevirapina e a recomendação de não amamentar, optando pela fórmula artificial em comparação com aquelas na qual o parceiro não teve participação nos cuidados^(50,51).

Essas medidas quando incorporadas conjuntamente às outras estratégias, como o **planejamento reprodutivo**, ampliam a capacidade de intervenção ao HIV, auxiliando na eficácia das ações. A concretização dessa iniciativa, no entanto, implica, além da estruturação dos serviços para a garantia dos direitos reprodutivos dessa população, em expandir os serviços, inclusive, considerando sua importância como vértice estratégico nos programas de atenção ao HIV, o que pode contribuir para a prevenção da transmissão do HIV^(52,53).

Estes achados suscitam a importância dos dados trazidos por pesquisas na África, quanto ao incentivo às **visitas domiciliares** durante a gestação, até o sexto mês de vida dos recém-nascidos. Isto pode levar ao aumento da cobertura de gestantes recebendo TARV, maior sensibilização para o uso de preservativos nas relações sexuais e maior conscientização quanto a amamentação exclusiva por, pelos menos, seis meses^(40,41).

As **ações educativas** foram consideradas estratégias oportunas para o esclarecimento sobre as temáticas do HIV, transmissão vertical e testagem durante o período gestacional, auxiliando nas decisões relativas à gestação e uso de antirretrovirais, reduzindo a infecção infantil pelo HIV ^(54,55).

Nesse sentido, as Intervenções de Educação em Saúde podem atuar como componentes complementares fundamentais às ações de prevenção da transmissão vertical e de manejo da infecção materna, na medida em que promovem maiores conhecimentos sobre as estratégias utilizadas, associando-se positivamente com aceitação das mesmas ^(56,57). No Canadá, o desenvolvimento de um folheto educativo culminou no aumento das taxas de aconselhamento e testagem, de 13% para 72%, o que contribuiu significativamente para a redução da transmissão vertical do HIV ⁽¹⁷⁾.

No entanto, para que as ações educativas exerçam o seu propósito, a **capacitação profissional** deve ser oferecida e estimulada nos serviços de saúde ^(40,41). Um estudo realizado na África demonstrou que capacitar os profissionais quanto a importância do acompanhamento pré-natal e da prevenção da transmissão vertical às gestantes soropositivas ao HIV, provocou o aumento da indicação e iniciação da TARV, o que repercutiu positivamente na saúde materno-infantil ⁽⁴⁰⁾.

Outros dispositivos com vistas à redução da transmissão vertical do HIV podem ser observados no Chile, na qual desde 1995 foi implementada uma estratégia preventiva que objetivou beneficiar mulheres vivendo com HIV e seus recém-nascidos expostos à infecção. Essa conduta consistiu na criação, por especialistas na área, de um **Sistema de Registro Eletrônico**, a fim de promover a otimização dos recursos e adesão às estatísticas em tempo real. Ressalta-se que a Vigilância Epidemiológica define-se como sendo um processo de coleta contínua, análise e interpretação dos dados de maneira a detectar, em tempo hábil, questões de saúde que possam afetar negativamente a população ⁽⁵⁸⁾.

A **escolha da via de parto** consiste na etapa final das ações de prevenção durante o pré-natal. No Brasil, a cesariana é recomendada, preferencialmente, às parturientes vivendo com HIV. Um estudo efetuado na cidade de Fortaleza revelou a alta prevalência de cesárea (92,8%) comparada ao parto vaginal. Ainda, os pesquisadores identificaram que este procedimento favoreceu o cumprimento das demais recomendações propostas pelo MS do Brasil, como, por exemplo, a administração de antirretrovirais intraparto ⁽³⁷⁾.

Contudo, na Espanha, a indicação do parto vaginal não acarretou em nenhum caso de transmissão vertical do HIV, o que sinaliza uma alternativa às parturientes, apesar das atuais recomendações que elegem a cesárea como método mais eficaz para evitar a transmissão vertical ⁽⁵⁹⁾. Ainda, a utilização da desinfecção vaginal com Cloreto de Benzalcônio pode ser considerada como uma intervenção complementar viável e bem tolerada ao final da gestação, diminuindo a carga viral no trato genital previamente ao início do trabalho de parto ou da ruptura das membranas ⁽⁶⁰⁾.

Por meio das evidências científicas encontradas neste estudo, pode-se constatar a existência de diversas estratégias de cuidado direcionadas às gestantes vivendo com HIV. Estas visam, em sua grande maioria, a redução da transmissão vertical do HIV e, quando seguidas corretamente, representam potenciais intervenções para evitar a infecção perinatal e promover o manejo adequado da infecção materna.

Para tanto, faz-se necessário a instrumentalização dos profissionais que realizam o cuidado às gestantes vivendo com HIV, para que as oportunidades de prevenção da transmissão vertical sejam efetivamente aproveitadas, destacando-se o a importância do incentivo às ações educativas e da inclusão do companheiro nos serviços de saúde, o que promoverá um cuidado individualizado e inclusivo, favorecendo a adesão às medidas estabelecidas durante o pré-natal.

REFERÊNCIAS:

1. Oliveira RN, Takahashi RF. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. *Rev Saude Coletiva*. 2011; 8 (54): 234-8.
2. Carvalho FT, Piccinini CA. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. *Cienc saude colet*. 2008; 13 (6): 1889-98.
3. 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. 5a ed. Brasília: MS; 2010.
4. Araújo CLF, Signes AF, Zampier VSB. O cuidado à puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012; 16 (1): 49-56.
5. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saude soc*. 2010; 19 (2): 9-20.
6. Silva SFR, Pereira, MRP, Motta Neto R, Ponte MF, Ribeiro IF, Costa PFTF, et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. *Rev bras anal clin*. 2010; 42 (3): 209-12.
7. Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. *Rev Rene*. 2009; 10 (2): 122-30.
8. Lima ACMACC, Costa CC, Teles LMR, Damasceno AKC, Oriá MOB. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta paul enferm*. [internet]. 2014 [acesso em 14 ago 2014]; 27 (4): 311-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0311.pdf>.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17 (4): 758-64.
10. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14 (1): 124-31.
11. Melnyk BM, Fineout-overholt E, organizadores. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
12. Desgrées-du-Loû A, Brou H, Traore AT, Djohan G, Becquet R, Leroy V. From prenatal HIV testing of the mother to prevention of sexual HIV transmission within the couple. *Soc Sci Med*. 2009; 69 (6): 892-99.
13. Desgrées-Du-Loû A, Brou H, Djohan G, Becquet R, Ekouevi, DK, Zanou B, et al. Beneficial effects of offering prenatal HIV counselling and testing on developing a HIV preventive attitude among couples. Abidjan, 2002-2005. *AIDS Behav*. 2009; 13 (2): 348-55.

14. Ekanem EE, Gbadegesin A. Voluntary counselling and testing (VCT) for Human Immunodeficiency Virus: a study on acceptability by Nigerian women attending antenatal clinics. *Afr J Reprod Health*. 2004; 8 (2): 91-100.
15. Khoshnood K, Wilson KS, Filardo G, Liu Z, Keung NH, Wu Z. Assessing the efficacy of a voluntary HIV counseling and testing intervention for pregnant women and male partners in Urumqi City, China. *AIDS Behav*. 2006; 10 (6): 671-81.
16. Onah HE, Ibeziako N, Nkwo PO, Obi SN, Nwankwo TO. Voluntary counselling and testing (VCT) uptake, nevirapine use and infant feeding options at the University of Nigeria Teaching Hospital. *J Obstet Gynaecol*. 2008; 28 (3): 276-9.
17. Gruslin A, Salvador A, Dekker M, Menard-De Varennes D, Eason E. Prenatal HIV screening in a tertiary care centre. *Can J Public Health*. 2001; 92 (4): 255-8.
18. Shetty AK, Mhazo M, Moyo S, Von Lieven A, Mateta P, Katzenstein DA. The feasibility of voluntary counselling and HIV testing for pregnant women using community volunteers in Zimbabwe. *Int J STD AIDS*. 2005; 16 (11): 755-9.
19. Linguissi LSG, Bisseye C, Sagna T, Nagalo BM, Ouermi D, Djigma FW, et al. Efficiency of HAART in the prevention of mother to children HIV-1 transmission at Saint Camille medical centre in Burkina Faso, West Africa. *Asian Pac J Trop Med*. 2012; 5 (12): 991-4.
20. Zesati JRV, Camacho NP, Ramirez MV, Cervantes ES, Ramírez JM. Prevention of perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *Ginecol Obstet Mex*. 2012; 80 (1): 36-40.
21. Gómez M. A comparison of three screening strategies for prevention of perinatal HIV infection in Colombia: A decision analysis model. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24 (4): 256-64.
22. Yudin MH, Moravac C, Shah RR. Influence of an "opt-out" test strategy and patient factors on human immunodeficiency virus screening in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007; 110 (1): 81-6.
23. Lethovirta P, Skogberg K, Salo E, Ämmälä P, Ristola M, Suni J. Pregnancy outcome among HIV-infected women in the Helsinki metropolitan area. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84 (10): 945-50.
24. Moodley D, Esterhuizen TM, Pather T, Chetty V, Ngaleka L. High HIV incidence during pregnancy: Compelling reason for repeat HIV testing. *AIDS*. 2009; 23 (10): 1255-9.
25. Heller T, Kunthea S, Bunthoeun E, Sok K, Seuth C, Killam WP, et al. Point-of-care HIV testing at antenatal care and maternity sites: Experience in Battambang Province, Cambodia. *Int J STD AIDS*. 2011; 22 (12): 742-7.
26. Kim LH, Cohan DL, Sparks TN, Pilliod RA, Arinaitwe E, Caughey AB. The cost-effectiveness of repeat HIV testing during pregnancy in a resource-limited setting. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013; 63 (2): 195-200.

27. Veloso VG, Bastos FI, Portela MC, Grinsztejn B, João EC, da Silva Pilotto, JH, et al. HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010; 44 (5): 803-11.
28. Succi RCDM, Abdallah GI, Abreu T, Aguiar MJ, Alóe M, Albuquerque M, et al. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: Results of a multi-centric study. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 [acesso em 14 ago 2014]; 23 (3): 379-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s3/06.pdf>.
29. Nishimoto TM, Eluf Neto J, Rozman MA. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus (HIV-I): evaluation of control measures in the city of Santos. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51 (1): 54-60.
30. García R, Prieto F, Arenas C, Rincón J, Caicedo S, Rey G. Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. *Biomédica* [internet]. 2004 [acesso em 14 ago 2014]; 25 (4): 547-64. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v25n4/v25n4a15.pdf>.
31. Villamor E, Msamanga G, Spiegelman D, Antelman G, Peterson KE, Hunter DJ, et al. Effect of multivitamin and vitamin A supplements on weight gain during pregnancy among HIV-1-infected women. *Am J Clin Nutr*. 2002; 76 (5): 1082-90.
32. Pinho Neto OS, Oliveira MM. Redução da transmissão vertical durante o pré-natal de gestantes portadoras de HIV/AIDS. *Rev bras cienc saude*. 2006; 10 (2): 143-50.
33. Turchi MD, Duarte LS, Martelli CMT. Mother-to-child transmission of HIV: risk factors and missed opportunities for prevention among pregnant women attending health services in Goiânia, Goiás State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007; 23 (3): 390-401.
34. Black S, Zulliger R, Myer L, Marcus R, Jeneker S, Taliep R, et al. Safety, feasibility and efficacy of a rapid ART initiation in pregnancy pilot programme in Cape Town, South Africa. *S Afr Med J*. 2013; 103 (8): 557-62.
35. Zhou Z, Meyers K, Li X, Chen Q, Qian H, Lao Y, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 using highly active antiretroviral therapy in rural Yunnan, China. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010; 53 (1): 15-22.
36. Peltier CA, Ndayisaba GF, Lepage P, Van Griensven J, Leroy V, Pharm CO, et al. Breastfeeding with maternal antiretroviral therapy or formula feeding to prevent HIV postnatal mother-to-child transmission in Rwanda. *AIDS*. 2009; 23 (18): 2415-23.
37. Damasceno KAA, Alves dos Prazeres JC, Araújo MAL, Valdanha Netto A. Medical care provided to pregnant women with HIV/AIDS in Fortaleza, Ceará, Brazil. *Salud Colect*. 2013; 9 (3): 363-71.
38. Romeu GA, De Paiva LV, Moura Fé MMM. Pharmaceutical care to pregnant women carrying human immunodeficiency virus. *Braz J Pharm Sci*. 2009; 45 (3): 593-602.

39. Turan JM, Steinfeld RL, Onono M, Bukusi EA, Woods M, Shade SB, et al. The Study of HIV and Antenatal Care Integration in Pregnancy in Kenya: Design, Methods, and Baseline Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial. *PLoS One*. 2012; 7 (9): e44181[12 pages]. doi:10.1371/journal.pone.0044181.
40. Ngidi W, Reddy J, Luvuno Z, Rollins N, Barker P, Mate KS. Using a campaign approach among health workers to increase access to antiretroviral therapy for pregnant HIV-infected women in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013; 63 (4): 133-9.
41. Le Roux IM, Tomlinson M, Harwood JM, O'Connor MJ, Worthman CM, Mbewu N, et al. Outcomes of home visits for pregnant mothers and their infants: A cluster randomized controlled trial. *AIDS*. 2013; 27 (9): 1461-71.
42. Winestone LE, Bukusi EA, Cohen CR, Kwaro D, Schmidt NC, Turan JM. Acceptability and feasibility of integration of HIV care services into antenatal clinics in rural Kenya: A qualitative provider interview study. *Glob Public Health*. 2012; 7 (2): 149-63.
43. Van Der Merwe K, Chersich MF, Technau K, Umurungi Y, Conradie F, Coovadia A. Integration of antiretroviral treatment within antenatal care in Gauteng Province, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006; 43 (5): 577-81.
44. Killam WP, Tambatamba BC, Chintu Nb, Rouse D, Stringer E, Bweupe M, et al. Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: A stepped-wedge evaluation. *AIDS*. 2010; 24 (1): 85-91.
45. Stinson K, Jennings K, Myer L. Integration of Antiretroviral Therapy Services into Antenatal Care Increases Treatment Initiation during Pregnancy: A Cohort Study. *PLoS One*. 2013; 8 (5): 63328 [8 pages]. doi:10.1371/journal.pone.0063328.
46. Kakimoto K, Kanal K, Mukoyama Y, Chheng TV, Chou TL, Sedtha C. Influence of the involvement of partners in the mother class with voluntary confidential counselling and testing acceptance for prevention of mother to child transmission of HIV programme (PMTCT programme) in Cambodia. *AIDS Care*. 2007; 19 (3): 381-4.
47. Aliyu, M.H, Blevins M, Audet C, Shepherd BE, Hassana A, Onwujekwe O, et al. Optimizing PMTCT service delivery in rural North-Central Nigeria: Protocol and design for a cluster randomized study. *Contemp Clin Trials*. 2013; 36 (1): 187-97.
48. Katz DA, Kiarie JN, John-Stewart GC, Richardson BA, John FN, Farquhar C. Male perspectives on incorporating men into antenatal HIV counseling and testing. *PLoS One*. 2009; 4 (11): e7602[7 pages]. doi: 10.1371/journal.pone.0007602.
49. Mohlala BKF, Boily MC, Gregson, S. The forgotten half of the equation: Randomized controlled trial of a male invitation to attend couple voluntary counselling and testing. *AIDS*. 2011; 25(12): 1535-41.
50. Farquhar C, Kiarie JN, Richardson, BA, Kabura MN, John FN, Nduati RW et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004; 37 (5): 1620-6.

51. Msuya SE, Mbizvo EM, Hussain A, Uriyo J, Sam NE, Stray-Pedersen B. Low male partner participation in antenatal HIV counselling and testing in northern Tanzania: Implications for preventive programs. *AIDS Care*. 2008; 20 (6): 700-9.
52. Hladik W, Stover J, Esiru G, Harper M, Tappero J. The contribution of family planning towards the prevention of vertical HIV transmission in Uganda. *PLoS One*. 2009; 4 (11): e7691[7pages]. doi:10.1371/journal.pone.0007691.
53. Elul B, Delvaux T, Munyana E, Lahuerta M, Horowitz D, Ndagije F et al. Pregnancy desires, and contraceptive knowledge and use among prevention of mother-to-child transmission clients in Rwanda. *AIDS*. 2009; 23 (1): 19-26.
54. Murdaugh C, Russell RB, Sowell R. Using focus groups to develop a culturally sensitive videotape intervention for HIV-positive women. *J Adv Nurs*. 2000; 32 (6): 1507-13.
55. Sebert Kuhlmann AK, Kraft JM, Galavotti C, Creek TL, Mooki M, Ntuny R. Radio role models for the prevention of mother-to-child transmission of HIV and HIV testing among pregnant women in Botswana. *Health Promot Int*. 2008; 23 (3): 260-8.
56. Igumbor OJ, Pengpid S, Obi CL. Effect of exposure to clinic-based health education interventions on behavioural intention to prevent mother-to-child transmission of HIV infection. *SAHARA J*. 2006; 3 (1): 394-402.
57. Ogaji DS, Ikpeme BM, Oyo-Ita AE, Omuemu VO, Etuk SJ, Ekabua JE. Awareness and acceptability of strategies for preventing mother to child transmission of HIV among antenatal clients in Calabar, Nigeria. *Niger J Med*. 2008; 17 (1): 29-32.
58. Martínez GP, Olea NA, CHIU AM. Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Rev Chilena Infectol*. 2006; 23 (4): 321-9.
59. Suy A, Hernandez S, Thorne C, Lonca M, Lopez M, Coll O. Current guidelines on management of HIV-infected pregnant women: Impact on mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008; 139 (2): 127-32.
60. Msellati P, Meda N, Leroy V, Likikouët R, Van De Perre P, Cartoux M et al. Safety and acceptability of vaginal disinfection with benzalkonium chloride in HIV infected pregnant women in west Africa: ANRS 049b phase II randomised, double blinded placebo controlled trial. *Sex Transm Infect*. 1999; 75 (6): 420-5.

ARTIGO 2 – O Artigo será submetido à Revista Brasileira Materno Infantil em março de 2015.

Atenção Primária à Saúde e Serviço Especializado: comparação da qualidade dos serviços na atenção à gestante vivendo com HIV

RESUMO

OBJETIVO: comparar a qualidade da atenção à saúde das gestantes vivendo com HIV entre os tipos de serviços, segundo o instrumento PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida, na experiência das usuárias.

MÉTODO: estudo transversal. Incluiu-se gestantes vivendo com HIV que acessaram a APS durante o período gestacional entre 2012 a 2014. A coleta de dados ocorreu no município de Santa Maria/RS. Utilizou-se o Predictive Analytics Software (PASW) versão 18.0 for Windows. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética com o número do CAAE 26498113.0.0000.5346.

RESULTADOS: A avaliação da qualidade da atenção à saúde mostrou que a APS foi reconhecida como fonte regular da atenção (74,35%). As variáveis sociodemográficas e clínicas: cidade de moradia; cor da pele; uso de antirretrovirais antes da gestação e uso de antirretrovirais durante a gestação associaram-se significativamente ao serviço de atendimento regular durante a gestação. A análise conjunta dos atributos segundo o tipo de serviço apresentou escores gerais insatisfatórios.

CONCLUSÕES: apesar das gestantes vivendo com HIV considerarem a APS como fonte regular da atenção, observam a inadequação do processo assistencial nesses serviços, estando aquém do ideal. O escore geral insatisfatório sinaliza a necessidade de melhoria estrutural e de desempenho da APS, para que se possa qualificar a atenção à essa população.

PALAVRAS CHAVE: Atenção à Saúde, Gestantes, HIV, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil epidemiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) apontaram a vulnerabilidade de grupos inicialmente considerados ausentes de riscos. Como exemplo disso tem-se o avanço dos casos entre as mulheres, ocasionando a feminização da epidemia.^{1,2}

As demandas assistenciais referentes a este perfil epidemiológico suscitam uma importante questão de Saúde Pública: a maternidade de mulheres vivendo com HIV. Em 2014 no Brasil, foram notificados 3.692 casos de infecção pelo HIV em gestantes, que levaram a ocorrência de 159 casos de AIDS em menores de cinco anos, oriundos da transmissão vertical.^{3,4}

Nesse contexto, as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e manejo da condição crônica materna e infantil deveriam ser prioridades para o sistema de saúde. Majoritariamente realizadas pelos serviços especializados, essas ações tem se estendido à Atenção Primária à Saúde (APS), em diferentes graus e qualidade.⁵

O caráter estratégico da APS na estruturação das intervenções deveria propiciar o contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde. Esta aproximação se dá por meio da longitudinalidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência no próprio sistema de saúde, atenção centrada na família, orientação comunitária das ações e competência cultural dos profissionais.^{6,7}

No entanto, o cotidiano assistencial concentra-se no serviço especializado que, para os usuários, parece suprir todas as suas necessidades em saúde independente da complexidade do agravo. Esta prática dificulta a compreensão da existência de uma rede de serviços que poderia ser utilizada, também, como fonte de recursos.⁸

A identificação do serviço de saúde que as gestantes vivendo com HIV utilizam como referência para a continuidade dos cuidados é obtida por meio da afiliação. Trata-se de uma

relação de lealdade por parte do usuário e responsabilidade clínica por parte da equipe de saúde.⁹

Contudo, recomenda-se que os serviços de APS atuem conjuntamente aos serviços especializados, com vistas à maior resolutividade das questões de saúde não somente nestes locais. Para tanto, deve-se incorporar a realização de exames diagnósticos para o HIV durante o acompanhamento pré-natal, fornecimento da terapia antirretroviral para as mulheres e crianças expostas à infecção e acompanhamento clínico.^{10,11}

Nesse contexto, o conhecimento e identificação da forma de realização da assistência durante o período gestacional na APS podem ser obtidos por meio da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Este representa uma importante etapa para que se possa identificar o quanto estão sendo atendidas as necessidades dos usuários.^{12,13}

Frente ao exposto, o **objetivo** deste estudo foi comparar a qualidade da atenção à saúde das gestantes vivendo com HIV entre os tipos de serviços, segundo o instrumento PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida, na experiência das usuárias.

MÉTODO

Estudo transversal desenvolvido nos serviços públicos de APS e nos setores: ambulatório adulto e pediátrico de doenças infecciosas, maternidade e ambulatório de pré-natal de alto risco, pertencentes ao Hospital Universitário do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A escolha destes serviços justifica-se pela organização dos mesmos, na qual a agenda regular de atendimento propiciou o acesso à população do estudo. A coleta de dados ocorreu no período de abril a novembro de 2014.

A população de estudo foram as mulheres vivendo com HIV que foram gestantes no período de 2012 a 2014 (N=109), portanto, não foi realizado cálculo amostral. Os critérios de inclusão foram: as mulheres que utilizaram os serviços públicos de APS do município de Santa Maria/RS durante o período gestacional no ano de 2012 a 2014. Excluíram-se 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. A população total foi de 78 participantes. Ocorreram duas recusas de participação no estudo e 29 foram perdidas devido ao não comparecimento destas participantes nos serviços durante o período de coleta.

A realização das entrevistas foi presencial e o acesso às mulheres deu-se por meio do serviço de saúde. Utilizou-se um protocolo de pesquisa composto por um formulário para a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico; e pelo instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) versão Adulto reduzida.¹³ Este visa avaliar o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS. Estes são constituídos por um componente relacionado à estrutura e ao desempenho, a partir de respostas de usuários.⁶

Composto por uma escala do tipo Likert, as respostas possíveis para cada um dos itens do instrumento são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=0).⁶

O tipo de serviço preferencial para a atenção a saúde das gestantes foi definido a partir da aplicação de três perguntas iniciais que estabelecem o Grau de Afiliação, contidas no instrumento PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida.¹³

Os demais itens foram respondidos considerando o serviço referido anteriormente, no Grau de Afiliação. Para a análise dos dados, as respostas foram dicotomizadas em “serviço de APS” e “serviço especializado”.

As variáveis sociodemográficas foram compostas por: idade, cor da pele (autorreferida), cidade de moradia, situação conjugal, instrução, renda mensal, ocupação e variáveis clínicas da gestação: ano de notificação da gestação no SINAN, uso de

antirretrovirais antes da gestação, uso de antirretrovirais durante a gestação, via de infecção pelo HIV, momento do diagnóstico da infecção pelo HIV e realização de pré-natal.

Para as variáveis quantitativas (idade, instrução e renda mensal) foi utilizada a mediana como ponto de corte, em virtude da distribuição assimétrica dos dados. 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.

A análise dos dados foi realizada no *Predictive Analytics Software* (PASW) versão 18.0 *for windows*. A consistência interna dos componentes do PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach ($\alpha=0,893$). Os atributos e seus componentes foram analisados por meio do cálculo de escore geral.¹³

Os valores dos escores foram transformados em escala contínua variando de 0 a 10, sendo que o escore $\geq 6,6$ foi considerado alto ou satisfatório. Esse valor equivale, na escala de 1 a 4, ao escore 3 (“provavelmente sim”) que corresponde a extensão adequada do atributo.⁶

O Teste Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher foram utilizados tanto para a análise de associação das variáveis ao serviço que assistia regularmente as gestantes (sociodemográficas e clínicas da gestação), quanto para analisar as proporções, para identificar quais destas variáveis poderiam estar associadas à qualidade da atenção do serviço referido como fonte regular de atenção à saúde. Para tanto, dicotomizou-se o grupo em relação ao escore atribuído, em alto ou satisfatório ($\geq 6,6$) e baixo ($<6,6$) escore. O nível de significância assumido nos testes foi de 5%.

Respeitaram-se os preceitos éticos contidos na Resolução CNS 466/12. Foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Confidencialidade. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria em 03/02/2014, com o número do CAEE 26498113.0.0000.5346.

RESULTADOS

Dentre 78 participantes, 58 referiram os serviços de APS como fonte regular de atenção à saúde durante o período gestacional. A APS foi utilizada por 57 participantes na ocorrência de problemas de saúde ou na procura por orientações dos profissionais. Além disso, foi apontada por 46 participantes como o serviço que melhor as conhecia e por 31 como o serviço com maior responsabilidade sobre sua saúde durante a gestação. Estas questões definiram o grau de afiliação ao serviço de APS.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas, segundo a fonte regular de atenção referida pela gestante.

Dentre as variáveis sociodemográficas, a cor da pele (0,019) e cidade de moradia (0,035) apresentaram-se associadas significativamente à APS, referida como serviço de atendimento regular durante a gestação. Com relação às variáveis clínicas, estiveram associadas: uso de antirretrovirais antes da gestação (0,038) e uso de antirretrovirais durante a gestação (0,031).

A Tabela 2 apresenta o escore geral dos atributos em relação à atenção à saúde das gestantes vivendo com HIV, estabelecendo a comparação entre os tipos de serviço, APS e especializado.

Na análise conjunta dos atributos segundo o tipo de serviço, visto que o instrumento PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida permite apenas a obtenção de escore geral dos atributos, ambos apresentaram valores de escores gerais insatisfatórios (<6,6). Contudo, mostraram-se próximos tanto ao valor considerado satisfatório ($\geq 6,6$) quanto entre si: APS (6,50) e especializado (6,35), estando a APS mais próxima do valor considerado ideal.

Realizou-se a análise da associação entre as características (sociodemográficas e clínicas) e a melhor avaliação da atenção (alto escore geral) e menor avaliação da atenção

(baixo escore geral), de acordo com o tipo de serviço, estabelecido pelo grau de afiliação (Tabela 3).

Avaliando-se as características da população associadas ao escore geral da APS, evidenciou-se que não houve diferença significativa que pudessem ser associadas ao alto/baixo escore, apontando que as características da população podem não ter interferido na avaliação da atenção de ambos os serviços.

DISCUSSÃO

Os serviços de APS, como fonte regular da atenção à saúde durante o período gestacional, prevaleceram dentre a avaliação das participantes. Resultado semelhante foi encontrado em estudos realizados nas comunidades remanescentes de quilombos brasileiros,^{14,15} na qual a APS foi apontada como porta de entrada preferencial para os cuidados de saúde para a maioria dos participantes vivendo com HIV, apesar de relatos referentes à dificuldade de acesso aos serviços.¹⁴

Em outro estudo, a relação de confiança entre profissionais e usuários, bem como a resolutividade do serviço oferecido à população foram associados à escolha da APS como fonte regular da atenção pelas gestantes soronegativas ao HIV.¹⁶

No contexto do HIV, em São Paulo/SP, a maioria dos usuários soropositivos utilizou o serviço especializado como fonte regular de atenção, referenciando-se à APS eventualmente para consultas médicas e outros cuidados de saúde, como vacinação e retirada de medicamentos ou preservativos, além da procura por acompanhamento ginecológico e clínico. Diante disso, os autores sinalizam para um possível processo de descentralização dos cuidados edificados como exclusivos aos serviços especializados, sob grande incentivo das atuais políticas da Atenção Primária brasileira.¹⁷

Contudo, a fragmentação do cuidado e da rede de atenção à saúde parece contribuir para a concepção de impossibilidade de escolha entre os serviços, já que há o entendimento de

que cada serviço é responsável pelo tratamento específico para cada patologia, apoiado pela ineficiência do sistema de transferência entre serviços,⁸ contrariando os achados do presente estudo, na qual a maioria das gestantes opta pela APS como fonte regular da atenção.

Um estudo realizado nos serviços de APS de Fortaleza/CE identificou que, independente do *status* sorológico das usuárias, as lacunas referentes à transferência ao pré-natal de alto risco e à carência de materiais nos serviços de APS, despertam desconforto relacionado à sensação de desamparo. Esta fragilidade interrompe a atenção durante o período gravídico-puerperal pela descontinuidade do cuidado, levando à peregrinação à procura de vagas nos hospitais e serviços especializados.¹⁸

A análise das características sociodemográficas das participantes do estudo revelou que as mulheres não brancas utilizam majoritariamente os serviços de APS como fonte regular de cuidado. Os achados de um estudo realizado em Rio Grande/RS identificou a maior proporção de gestantes não brancas e não infectadas pelo HIV em serviços de APS. Isso demonstra que o setor público brasileiro vem investido positivamente na atenção primária à saúde, por meio de melhores indicadores de cobertura da atenção durante o período gestacional, inclusive na solicitação de testagem anti-HIV.¹⁹

Já os achados encontrados em um estudo realizado no Rio Grande/RJ, na qual a maioria de gestantes não brancas que utilizavam majoritariamente a APS como fonte regular da atenção, apontou dificuldades de acesso aos serviços de APS. Por outro lado, mostrou que ações como a prioridade ao atendimento e realização de palestras semanais, pode possibilitar a melhoria da qualidade da atenção.²⁰

A maioria das gestantes que residiam em Santa Maria considerou a APS como sua fonte principal de atenção. Isto pode ser atribuído ao investimento em estratégias de descentralização. Estas, além de ampliarem o número de serviços de APS, os tornam próximos aos locais de residência dos usuários.²¹

Pode-se, portanto, inferir que a predominância de gestantes vivendo com HIV utilizando a APS como fonte regular da atenção deve-se a maior aproximação aos serviços. Isto tende a facilitar o acesso e o vínculo tanto com o serviço, quanto com os profissionais da equipe.

As características clínicas revelaram que a maioria das gestantes que apontaram a APS como fonte principal de cuidados, não fazia uso de antirretrovirais previamente a gestação. No caso das participantes que referiram ser o serviço especializado sua fonte regular de atendimento, a maioria o fez.

Os achados de um estudo realizado em Pernambuco/PE identificaram que as questões relativas à adesão ao tratamento medicamentoso são permeadas, dentre outros fatores, pela estruturação dos serviços de saúde. As dificuldades de acesso aos serviços, além das barreiras de atendimento na APS e no sistema de transferência entre os serviços, ocasiona o abandono do tratamento.²²

Nesse sentido, a fragilidade existente no acompanhamento terapêutico das participantes pode estar relacionada à ausência de comunicação entre os pontos que compõem a Rede de Atenção à Saúde. Isto provoca, muitas vezes, a descontinuidade do tratamento, conforme apontou, também, um estudo realizado em Ribeirão Preto/SP.⁸

Ainda com relação às características clínicas, identificou-se que a maioria das participantes, independente do serviço utilizado como fonte regular da atenção, fazia uso de antirretrovirais durante a gestação. Este achado converge com estudos realizados no Paraná/PR, na qual a maioria das participantes apresentou boa adesão ao tratamento, refletindo em níveis satisfatórios de células de defesa e diminuição, tanto da carga viral, quanto da transmissão vertical do HIV.²³ Em Fortaleza/CE, o seguimento do tratamento durante a gestação culminou na inexistência de sinais ou sintomas da AIDS.²³

Um estudo realizado em Maceió/AL demonstrou que a maioria das gestantes soropositivas ao HIV não utilizaram antirretrovirais durante a gestação, levando a uma taxa de 6,6% de transmissão vertical em um serviço especializado. Estes achados reafirmam a importância do incentivo à adesão aos antirretrovirais para a manutenção do estado de saúde materno-infantil.^{24,25}

Com relação à análise conjunta do escore geral, ambos os serviços apresentaram valores gerais insatisfatórios, estando a APS mais próxima do valor adotado como ideal. Este resultado converge com estudos realizados em Minas Gerais/MG¹⁵ e Natal/RN²⁶, que objetivaram avaliar a APS utilizando diferentes versões do instrumento e diverge dos achados em Santa Catarina/SC, na qual os autores encontraram um alto escore geral de orientação para a APS.²⁷

No presente estudo, os escores gerais insatisfatórios indicam que os atributos da APS não estão presentes adequadamente na metodologia assistencial destes serviços. Isso pode apontar a perpetuação da concepção curativista, centrada no processo de saúde-doença.¹⁵ Destaca-se ainda, a ausência de diferença estatística na avaliação entre os serviços de APS e especializado, apontando que as gestantes podem os considerar como semelhantes.

Com relação à avaliação das características sociodemográficas e clínicas com o alto/baixo, nenhuma variável mostrou-se significativamente associada, demonstrando que estas características não interferiram na avaliação destes serviços.

Os resultados obtidos no presente estudo apontaram que, apesar das gestantes vivendo com HIV considerarem a APS como fonte regular da atenção, parecem observar a inadequação assistencial nesses serviços, estando aquém do ideal. Esta realidade se expressa por meio do escore insatisfatório na análise conjunta dos atributos. Isto parece reafirmar a concepção curativista, na qual os serviços vêm pautando seus cuidados.¹⁵

Se por um lado a percepção da APS como fonte regular da atenção pode representar o reconhecimento da mesma pelas participantes, por outro, pode sinalizar que trata-se do único ponto de acesso disponível. Frente a isso, reitera-se a importância da articulação entre os serviços, sobretudo da APS e serviço especializado, para que se possa superar a fragmentação das ações em busca da integralidade.^{5,15}

Contudo, há o despreparo da APS para lidar com as demandas de saúde e contextuais dessas mulheres, independente de haver acompanhamento em serviços especializados. Isto pode representar obstáculos para o seguimento adequado do tratamento e dos cuidados na rede pública de saúde.²⁸

Deve-se, portanto, melhorar os atributos da APS, para que se possa atingir a efetiva qualidade assistencial. Tal ação poderá repercutir positivamente tanto nas taxas de transmissão vertical (foco do modelo curativista presente), quanto na atenção à saúde das gestantes (que necessita compor o foco dos serviços de saúde).

A APS como coordenadora da atenção, deve acompanhar e promover a saúde da sua população adscrita. Para tanto, necessita atentar para sua responsabilidade quanto ao acompanhamento permanente, compartilhando as ações com o serviço especializado.

Ações como visitas domiciliares, acolhimento e prevenção de agravos, bem como atividades educativas, poderiam contribuir para a reorientação do modelo assistencial dentro da APS. Além da integração entre os serviços, que pode ser estabelecida por meio do fluxo de usuários no sistema de saúde.

Salienta-se a importância de incluir, aos serviços de APS, a realização de busca ativa, controle permanente da assiduidade às consultas para promover a adesão terapêutica, avaliando-se a mesma regularmente. Além do estímulo à realização de ações durante o período gestacional, é importante manter o cuidado a essas mulheres durante o puerpério, para

que se possa atuar na remissão da transmissão vertical, especialmente no apoio a não amamentação, e no manejo adequado da infecção materna pelo HIV.

Deve-se intensificar a atenção às crianças expostas, de maneira que as demandas referentes ao HIV sejam atendidas na puericultura, também na APS. Para tanto, os profissionais responsáveis pela atenção à saúde dessas populações, devem atentar para o respeito ético ao sigilo diagnóstico, para que se possa promover o vínculo ao serviço.

Os resultados deste estudo devem ser considerados atentando para suas limitações. Por ser proveniente da experiência das usuárias (gestantes) tendem a apresentar, de maneira crítica, as iniquidades presentes no cotidiano assistencial. Contudo, para que haja uma visão mais abrangente da qualidade da APS, faz-se necessário considerar a opinião de outros atores envolvidos no cuidado.

Quanto à população do estudo, o não comparecimento de algumas participantes aos serviços de saúde durante o período de coleta de dados, pode ter culminado na perda de usuárias que eventualmente procuram os serviços de APS, influenciando estaticamente a chance de associação para a comparação entre os serviços.

Além disso, outro fator importante a ser destacado é a carência de estudos que abordam a avaliação dos serviços entre gestantes vivendo com HIV, apontando a necessidade do investimento em avaliações semelhantes, a fim de pautar o cuidado em evidências científicas.

Tabela 1

Variáveis	APS (N=58)		Serviço Especializado (N=20)		P
	N	%	N	%	
<u>Sociodemográficas</u>					
Idade					0,071*
Até 20 anos	8	10,26	0	0,00	
21 a 30 anos	27	34,62	7	8,97	
Acima de 30 anos	23	29,49	13	16,67	
Cor da pele (autorreferida)					0,019*
Branca	23	29,49	14	17,95	
Não brancas	35	44,87	6	7,69	
Cidade de moradia					0,035*
Santa Maria	38	48,72	18	23,08	
Outras	20	25,64	2	2,56	
Situação conjugal					0,359*
Casada	37	47,44	15	19,23	
Solteira	21	26,92	5	6,41	
Instrução (N=77)					0,563**
Sim	54	70,13	20	25,97	
Não	3	3,90	0	0,00	
Renda mensal					0,077*
Até 1000 reais	39	50,00	9	11,54	
Acima de 1000 reais	19	24,36	11	14,10	
Ocupação					0,982*
Nenhuma	6	7,69	2	2,56	
Sem carteira assinada	47	60,26	16	20,51	
Com carteira assinada	5	6,41	2	2,56	
<u>Clínicas</u>					
Ano de notificação SINAN*-gestação (N=76)					0,653*
Ano 2012	10	13,16	3	3,95	
Ano 2013	17	22,37	7	9,21	
Ano 2014	18	23,68	4	5,26	
Notificação não encontrada	11	14,47	6	7,89	
Uso de antirretrovirais antes da gestação					0,038*
Sim	17	21,79	11	14,10	
Não	41	52,56	9	11,54	
Uso de antirretrovirais durante a gestação					0,031**
Sim	41	52,56	19	24,36	
Não	17	21,79	1	1,28	
Via de infecção do HIV					0,294*
Sexual	36	46,15	15	19,23	
Desconhecida	22	28,21	5	6,41	
Momento do diagnóstico da infecção pelo HIV					0,261*
Antes da gestação	33	42,31	16	20,51	
Durante a gestação	20	25,64	4	5,13	
Durante o parto	4	5,13	0	0,00	
Após o parto	1	1,28	0	0,00	
Realização de pré-natal					1,000**
Sim	56	71,79	19	24,36	
Não	2	2,56	1	1,28	
Número de consultas no pré-natal (N=74)					1,000**
Até 14 consultas	51	68,92	18	24,32	
Acima de 14 consultas	4	5,41	1	1,35	

*Teste Qui-quadrado de *Pearson* **Teste Exato de Fisher

Tabela 2

Escores (0-10)						
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	p**
APS (N=58)						
Escore geral[†]	6,50	2,27	7,36	1,58	9,57	0,698
Serviço Especializado (N=18)						
Escore geral[*]	6,35	1,50	6,07	3,92	9,41	

[†] Distribuição assimétrica * Distribuição normal **Teste Mann-Whitney

Tabela 3

Variável	Serviço de APS (N=56)				P	Serviço Especializado (N=18)				P*
	Alto escore (≥6,6)		Baixo escore (≥6,6)			Alto escore (≥6,6)		Baixo escore (≥6,6)		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<u>Características sociodemográficas</u>										
Idade					0,903*					0,354**
Até 20 anos	5	8,62	3	5,17		-	-	-	-	
21 a 30 anos	15	25,86	12	20,69		1	5,00	6	30,00	
Acima de 30 anos	14	24,14	9	15,52		5	25,00	8	40,00	
Cor da pele (autorreferida)					0,176*					0,612**
Branca	11	18,97	12	20,69		5	25,00	9	45,00	
Outras	23	39,66	12	20,69		1	5,00	5	25,00	
Cidade de moradia					0,877*					0,078**
Santa Maria	22	37,93	16	27,59		4	20,00	14	70,00	
Outras	12	20,69	8	13,79		2	10,00	0	0,00	
Situação Conjugal					0,348*					1,000**
Casada	20	34,48	17	29,31		5	25,00	10	50,00	
Solteira	14	24,14	7	12,07		1	5,00	4	20,00	
Instrução (N=77)					0,069**					-
Sim	33	57,89	21	36,84		6	30,00	14	70,00	
Não	0	0,00	3	5,26		-	-	-	-	
Renda mensal					0,518*					0,642**
Até 1000 reais	24	41,38	15	25,86		2	10,00	7	35,00	
Acima de 1000 reais	10	17,24	9	15,52		4	20,00	7	35,00	
Ocupação					0,902*					0,342*
Nenhuma	3	5,17	3	5,17		0	0,00	2	10,00	
Sem carteira assinada	28	48,28	19	32,76		6	30,00	10	50,00	
Com carteira assinada	3	5,17	2	3,45		0	0,00	2	10,00	
<u>Características clínicas</u>										
Ano de notificação SINAN*-gestação (N=76)					0,941*					0,165*
Ano 2012	6	10,71	4	7,14		2	10,00	1	5,00	
Ano 2013	9	16,07	8	14,29		3	15,00	4	20,00	
Ano 2014	11	19,64	7	12,50		1	5,00	3	15,00	
Notificação não encontrada	7	12,50	4	7,14		0	0,00	6	30,00	
Uso de antirretrovirais antes da gestação					0,983*					1,000**
Sim	10	17,24	7	12,07		3	15,00	8	40,00	
Não	24	41,38	17	29,31		3	15,00	6	30,00	
Uso de antirretrovirais durante a gestação					0,983*					1,000**
Sim	24	41,38	17	29,31		6	30,00	13	65,00	
Não	10	17,24	7	12,07		0	0,00	1	5,00	
Via de infecção do HIV					0,622*					0,612**
Sexual	22	37,93	14	24,14		4	20,00	11	55,00	
Desconhecida	12	20,69	10	17,24		2	10,00	3	15,00	
Momento do diagnóstico da infecção pelo HIV					0,803*					0,060**
Antes da gestação	20	34,48	13	22,41		3	15,00	13	65,00	
Durante a gestação	11	18,97	9	15,52		3	15,00	1	5,00	
Durante o parto	2	3,45	2	3,45		-	-	-	-	
Após o parto	1	1,72	0	0,00		-	-	-	-	

Realização de pré-natal					1,000**					1,000**
Sim	33	56,90	23	39,66		6	30,00	13	65,00	
Não	1	1,72	1	1,72		0	0,00	1	5,00	
Número de consultas no pré-natal (N=74)					1,000**					1,000**
Até 14 consultas	30	54,55	21	38,18		6	31,58	12	63,16	
Acima de 14 consultas	2	3,64	2	3,64		0	0,00	1	5,26	

*Teste Qui-quadrado de *Pearson*** Teste Exato de Fisher

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de gestante vivendo com HIV, segundo o tipo de serviço como fonte regular da atenção. Santa Maria, 2014. (N=78)

Tabela 2 – Comparação entre as médias do escore geral entre os tipos de serviços referidos como fonte regular de atenção. 2014. (N=78)

Tabela 3 – Características sociodemográficas e clínicas de gestantes vivendo com HIV com o alto/baixo escore, segundo o tipo de serviço referido como fonte regular da atenção. Santa Maria, 2014. (N=78)

REFERÊNCIAS

1. Moura ERF, Lima DMC, Silva RM. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade. *Revista Cubana de Enfermeria*. 2012; 28: 37-48.
2. Rodrigues LSA. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46: 349-55.
3. Bazani AC, Silva PM, Rissi MRR. A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. *Sau & Transf Soc*. 2011; 2: 45-55.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Brasília, DF; 2014.
5. Val LF, Nichiata LYI. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48: 149-55.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília, DF; 2010a.
7. Oliveira RN, Takahashi RF. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. *Saúde Coletiva*. 2011; 8: 234-238.
8. Palácio MB, Figueiredo MAC, Souza LB. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. *PSICO*. 2012; 43: 350-67.
9. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16: 1029-42.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV. Plano integrado de enfrentamento da Feminização da epidemia de aids e outras DST: análise da situação atual e proposta de monitoramento. Brasília, DF; 2010b.
11. Zambenedetti G, Both NS. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. *Polise Psique*. 2012; 2: 99-119
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. [Acesso em 10 jan 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
13. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8: 256-63.

14. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc.* 2010; 19: 109-120.
15. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19: 365-371.
16. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16: 881-892.
17. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, Ponce MAZ, Wysocki AD, Ravanholi GM et. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30: 2283-2297.
18. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *remE – Rev. Min. Enferm.* 2012; 16: 315-323.
19. Cesar JA, Sutil AT, Santos GB, Cunha CF, Mendonza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28: 2106-14.
20. 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; 26:1788-96.
21. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26:725-37.
22. Andrade MS, Silva AF, Medeiros AK, Nascimento PW. Percepção dos usuários sobre adesão à terapia antirretroviral de alta atividade. *Rev APS.* 2012; 15: 299-305.
23. Guanabara MAO, Araújo MAL, Barros VL, Gondim APS, Pinheiro PMR, Oliveira FA. Pregnant women with HIV/Aids followed in public services. *Rev Enferm UFPI.* 2014; 3: 25-32.
24. Barros LA, Menezes KB, Moura MRW, Almeida DL, Santos TS, França AMB. Soropositividade de hiv em gestantes: adequação das práticas e atividades desenvolvidas pelo serviço de assistência especializada. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits.* 2012; 1: 67-82.
25. Rodrigues STC, Vaz MJ, Barros SMO. Transmissão vertical do HIV em população atendida no serviço de referência. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26: 158-64.
26. Araújo LU, Azevedo, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19: 3521-3532.

27. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8: 285-93.
28. Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2012; 28: 27-33.

DISCUSSÃO

A gestação de mulheres vivendo com HIV desvela vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que repercutem tanto na sua experiência de cuidados cotidianos quanto na atenção à saúde ofertada pelo serviço, seja especializado seja de APS. Sendo assim, é necessária a articulação entre os diferentes tipos de serviços para que se possa alcançar a qualidade da atenção, inclusive continuidade dos cuidados de saúde (LANGENDORF et al., 2012). Para o fortalecimento da RAS são necessárias estratégias de gerenciamento e de prevenção de agravos à saúde, tanto de manejo clínico da doença quanto das necessidades biopsicossociais, que resultam nas demandas para atenção à saúde a serem desenvolvidas pelos profissionais (FIGUEIREDO et al., 2014).

Nesse sentido, a revisão integrativa realizada no intuito de identificar as estratégias de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde às gestantes vivendo com HIV no pré-natal, permitiu identificar que estas, em sua maioria, concentram-se na redução da transmissão vertical do HIV e manejo clínico da infecção materna. As evidências científicas encontradas apontam que o foco das intervenções em saúde para esta população, estão pautadas no modelo assistencial biologicista, voltado para a redução de agravos (FIGUEIREDO, 2014).

Além disso, estes cuidados são atribuídos, majoritariamente, aos serviços especializados eximindo, muitas vezes, a APS de sua responsabilização pela atenção à saúde e, conseqüentemente de seu papel de coordenadora da atenção. Isto se dá devido ao processo ineficiente de transferência entre serviços, culminando em um cuidado fragmentado, na qual cada serviço responsabiliza-se por tratamentos específicos e isolados, o que prejudica a realização de ações em rede (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

As características das gestantes vivendo com HIV revelaram a predominância de mulheres com acesso a instrução, acima dos 30 anos, não brancas, residentes na cidade do estudo, casadas, com renda mensal até 1.000,00 e com ocupação sem carteira assinada. Considerando-se que a infecção pelo HIV comporta-se especificamente nos diferentes seguimentos populacionais, o conhecimento do contexto situacional específico das gestantes pode contribuir para elaboração de estratégias efetivas. Portanto, culminando em ações que estejam ancoradas nas necessidades desta população de maneira a qualificar a atenção à saúde (GUANABARA et al., 2014).

O perfil clínico das participantes apontou um maior número de notificações no ano de 2013. A maioria das gestantes não fazia uso de antirretrovirais. Porém, o fizeram durante a gestação, bem como realizaram pré-natal com um total acima de 14 consultas. A categoria de exposição ao HIV foi predominantemente sexual, na qual o diagnóstico de infecção ocorreu antes da gestação.

Salienta-se que o conhecimento das especificidades clínicas individuais das gestantes propicia um atendimento coerente com as demandas próprias da gestação e da infecção pelo HIV, contribuindo para o sucesso terapêutico das intervenções (GUANABARA et al., 2014).

O escore insatisfatório obtido na avaliação conjunta dos atributos revelou que, apesar da maioria das gestantes vivendo com HIV considerarem a APS como fonte regular da atenção (afiliação), observam a fragilidade assistencial nesses serviços, estando aquém do ideal. A ineficiência da RAS se expressa por meio da fragmentação do cuidado, contribuindo para a avaliação de ineficiência, também, dos serviços de APS para a resolutividade das questões envolvendo a infecção pelo HIV. Provocando, muitas vezes, a descontinuidade dos cuidados durante o período gravídico-puerperal (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012; GUERREIRO et al, 2012).

Ainda, a ausência de diferença estatística na avaliação entre os serviços de APS e especializado, apontou que as gestantes os consideram semelhantes. Além disso, ambos os serviços apresentaram escore geral insatisfatório, apontando que as fragilidades relacionadas à estruturação dos serviços de saúde, reveladas por meio de dificuldades de acesso, sistemática das consultas com as especialidades e ausência de assistência na APS para as questões envolvendo a infecção pelo HIV. Aponta a carência do sistema de apoio, nos serviços de saúde, para acolher as pessoas vivendo com HIV, prejudicando procura dos usuários pelo serviço de saúde e a atenção integral (ANDRADE et al., 2012), culminando na insatisfação com ambos os serviços.

Portanto, necessita-se compreender o processo saúde-doença e seus determinantes para que haja qualidade na atenção à saúde. Destaca-se que tanto o serviço de APS quanto o especializado devem atender as demandas de atenção à saúde da população com equidade e integralidade, mediante o conhecimento atualizado e estruturado das condições de saúde da população na qual é responsável pelo atendimento (RABELLO et al., 2013).

CONCLUSÃO

Os resultados apontados pelo presente estudo mostram que é preciso direcionar uma atenção específica à gestação no contexto do HIV, uma vez que está aquém do ideal. A APS como fonte regular da atenção, embora haja ainda deficiências estruturais, sinaliza a possibilidade de transformação do atual modelo curativista de atenção às pessoas vivendo com HIV, na qual a descentralização das ações promova a articulação entre o serviço de APS e o especializado.

O baixo escore geral para os atributos que compõe a APS traduz a insatisfação com o modelo atual de cuidado, voltado para a resolução dos problemas imediatos, referentes ao adoecimento e manutenção do estado biológico. Contudo, a fragilidade do cuidado torna-se preocupante quando se considera a gestação de mulheres vivendo com HIV. Revelando vulnerabilidades que, muitas vezes, passam despercebidas dentre os serviços, salientando a necessidade de reformulação da estrutura e do desempenho dos atributos que compõem a APS à esta população.

Além disso, a insatisfação das participantes desta pesquisa com ambos os tipos de serviço, expressos pelo escore geral, pode inferir que a resolutividade das questões de saúde apresentam-se debilitadas, principalmente pela dificuldade de integração entre os serviços. Nesse sentido, a integração das ações implica na otimização da assistência, incentivando as usuárias a comparecer às consultas e aderir às recomendações durante o período gestacional, sem que haja interrupções na continuidade do cuidado ao longo do tempo, trazendo benefícios à sua saúde e à saúde da criança que está sendo gestada, sem que o foco seja apenas a redução do risco de transmissão vertical do HIV.

Implementar o cuidado às gestantes vivendo com HIV, instituindo a APS como centro coordenador das ações, é fundamental para a consolidação do cuidado integral, coerente com os atributos que devem qualificar a atenção à saúde e promover a melhoria da assistência. No entanto, para que isso seja possível, as políticas públicas de saúde devem ser incorporadas de maneira a encorajar a prática dentro dos serviços de APS, envolvendo a conscientização das esferas responsáveis pelo cuidado. Esta iniciativa promoverá, além da valorização das gestantes, o reconhecimento dos profissionais que prestam a assistência, por meio da capacitação contínua para assistir as gestantes vivendo com HIV, reduzindo os estigmas e promovendo a autoconfiança para o cuidado.

Para a enfermagem, a importância dos resultados do presente estudo consiste na possibilidade de auxiliar na qualificação da atenção à saúde das gestantes vivendo com HIV, pautando o cuidado em evidências científicas. Estes profissionais vivenciam situações de cuidado a esta população e nem sempre estão preparados para atuar nas questões referentes ao HIV. Nesse sentido, traz-se o alerta para a necessidade de intensificar ações de capacitação nos serviços de saúde, visto que, sendo um direito irrestrito a toda população, as gestantes vivendo com HIV podem utilizar a APS como porta preferencial de entrada, seguras de que receberão um cuidado condizente com suas necessidades de saúde.

Assim, a avaliação da qualidade da atenção, a partir da experiência das gestantes vivendo com HIV, pode tornar-se um aliado na recuperação da saúde e redução de agravos de uma maneira mais ampla. Trazer essas usuárias para o serviço de APS sem que se ausentem do serviço especializado pode ser conseguido mediante a relação contínua de confiança e pela qualidade da atenção à saúde. Isto refletirá nos índices de transmissão vertical do HIV e na morbidade e mortalidade materna e neonatal, bem como na satisfação das usuárias com a atenção.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. S.; SILVA, A. F.; MEDEIROS, A. K.; NASCIMENTO, P. W. **Rev APS**. v. 15, n. 3, p. 299-305, 2012.

ARAÚJO, C. L. F. et al. Oferta do teste rápido para HIV em maternidades: a visão das mulheres. **Rev. Enf. Profissional**, v. 1, n. 1, p. 20-36, 2014.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1899-1906, 2008.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BAZANI, A. C.; SILVA, P. M; RISSI, M. R. R. A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. **Sau & Transf Soc.**, v. 2, n. 1, p. 45-55, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV. **Plano integrado de enfrentamento da Feminização da epidemia de aids e outras DST**: análise da situação atual e proposta de monitoramento. Brasília, DF, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, DF, 2010f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, DF, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, DF, 2010a.

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, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. **Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2010g.

BRASIL. **Portaria n. 77 de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012.

- CALAZANS, G. J. et al. O conceito de vulnerabilidade. In: PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; SCHAURICH, D. F.; VANEZA, A. (Org.) **Experiências Interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia**. Santa Maria: UFSM, 2006. p. 43-62.
- CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1889-1898, 2008.
- CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N. HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1811-14, 2012.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.
- DARMONT, M. Q. R. et al. 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**, v. 26, n. 9, p. 1788-96, 2010.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank quarterly**, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.
- FIGUEIREDO, L. A.; LOPES, L. M.; MAGNABOSCO, G. T.; ANDRADE, R. L. P.; FARIA, M. F.; GOULART, V. C. et al. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 6. p. 1026-34, 2014.
- FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, supl. 2, p. 9-20, 2010.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- GUANABARA, M. A. O.; ARAÚJO, M. A. L.; BARROS, V. L.; GONDIM, P. S.; PINHEIRO, P. M. R.; OLIVEIRA, F. A. Pregnant women with HIV/Aids followed in public services. **Rev Enferm UFPI**, v. 3, n. 2, p. 25-32, 2014.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; LUCENA, N. M. F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **remE – Rev. Min. Enferm.** v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Serv. Res.** v. 6, n. 156, p. 1-7, 2006.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.** Genebra, 2013.

LANGENDORF, T. F.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; SILVA, C. B. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. **Cogitare Enferm.** v. 17, n. 4, p. 758-66, 2012.

LOUZADA, S. S. S. A epidemia da AIDS ... entendendo a questão das vulnerabilidades sociais. **Revista Ethnic.** n. 15. ano 08, 2011.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C. S. A. P. K. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. **Int. J. Health Plann Manage.** v. 19, n. 4, p. 303-17, 2004.

MANN, J. (Org.). A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumara; ABIA; 1993. 321 p.

MOURA, E. R. F.; LIMA, D. M. C.; SILVA, R. M. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade. **Revista Cubana de Enfermería,** v. 28, n. 1, p. 37-48, 2012.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 12, n. 2, p. 319-24, 2007.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev Bras Med Fam Comunidade,** v. 8, n. 29, p. 256-63, 2013.

OLIVEIRA, R. N.; TAKAHASHI, R. F. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. **Saúde Coletiva,** v. 8, n. 54, p. 234-238, 2011.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O. A Compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 510-8, 2008.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. COTIDIANIDADE DA MULHER QUE TEM HIV/AIDS: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 77-83, 2010.

PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. **PSICO**, v. 43, n. 3, p. 350-67, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

RABELLO, C. Z.; VASCONCELOS, M.; DE CARLI, J. P.; LINDEN, E. S.; BORTOLI, M. M.; VIEIRA, R. R. et al. Uma reflexão sobre a Atenção Básica no sistema único de saúde. **SALUSVITA**, Bauru, v. 32, n. 2, p. 199-204, 2013.

ROCHA, M. D. H. A.; SAMUDIO, M. Resgatando a história social da aids no mundo: reflexão sobre o caminho da vulnerabilidade. **Revista Científica CENSUPEG**, n. 2, p. 209-18, 2014.

RODRIGUES, L. S. A. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 349-55, 2012.

SANTOS, E. M. et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 3, p. 257-269, 2010.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 321-333, 2009.

SCHERER, L. M.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 359-65, 2009.

SHIMIZU, H. R.; PAMELA, X.; SANCHEZ, M. N. Representações sociais do SUS: um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 295-306, 2012.

SILVA, O. No espelho da bioética crítica: a imagem refletida das vulnerabilidades das pessoas que vivem-convivem com HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 1030-44, 2013.

SILVA, S. F. R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **R. Brasileira de Análises Clínicas**, v. 42, n. 3, p. 209-12, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evolution and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

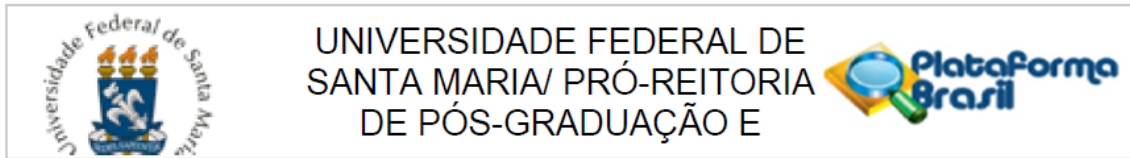
STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

VAL, L. F.; NICHATA, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48 (Esp), p. 149-55, 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. **Polise Psique**, v. 2, n. 1, p. 99-119, 2012.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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

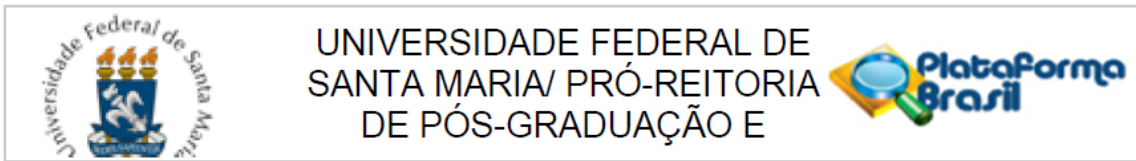
CEP: 97.105-970

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."

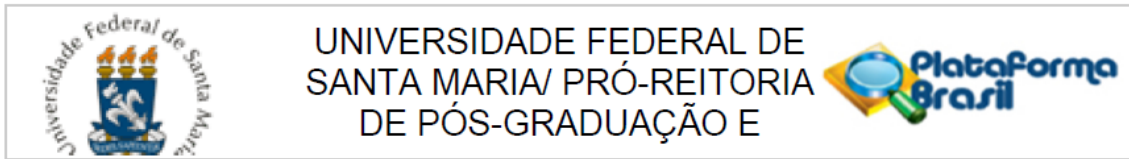
Objetivo da Pesquisa:

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

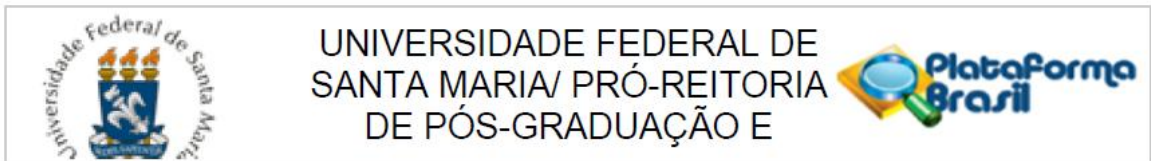
CEP: 97.105-970

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 – PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida

PARTE III: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA- PCATool BRASIL- versão reduzida

Entrevistador/a: A partir de agora, será aplicado a terceira parte desse instrumento. O intuito é avaliar a qualidade do cuidado ofertado no serviço de APS utilizado por você durante a gestação do/a (nome da criança)					
A- AFILIAÇÃO					
A1. Há um médico(a)/ enfermeiro(a) ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? 1. () Não 2. () Sim (Por favor, dê o nome e endereço). Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____					PA1_ PA1a_
A2. Há um médico(a)/ enfermeiro(a) ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? 1. () Não 2. () Sim, o(a) médico(a)/ enfermeiro(a)/ serviço de saúde acima referido(a) (no item A1) 3. () Sim, o(a) médico(a)/ enfermeiro(a)/ serviço de saúde diferente do(a) acima referido(a) (no item A1) (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____					PA2_ PA2a_
A3. Há um médico(a)/ enfermeiro(a) ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? 1. () Não. 2. () Sim, o(a) mesmo(a) referido(a) em A1 e A2. 3. () Sim, somente o mesmo referido em A1. 4. () Sim, somente o mesmo referido em A2. 5. () Sim, diferente do(s) referido(s) em A1 e A2. (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____					PA3_ PA3a_
A4. Nome do(a) médico(a)/ enfermeiro(a) ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____ A partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O(A): _____ (“nome do(a) médico(a)/ enfermeiro(a) ou serviço de saúde procurado pela última vez”)					PA4_
B- Acesso de Primeiro Contato- UTILIZAÇÃO					
Entrevistador- para a próxima pergunta use o cartão resposta					
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “ <i>serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” antes de ir a outro serviço de saúde?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>
C- Acesso de Primeiro Contato- ACESSIBILIDADE					
Entrevistador- para as próximas pergunta use o cartão resposta					
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. Quando o (a) “ <i>serviço de saúde</i> ” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>

C2. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “ <i>serviço de saúde</i> ” quando pensa que é necessário?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PC3_
D- LONGITUDINALIDADE Entrevistador- para as próximas pergunta use o cartão resposta						
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
D1. Quando você vai ao “ <i>serviço de saúde</i> ”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas as vezes?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PD1_
D2. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “ <i>médico(a)/enfermeiro(a)</i> ”	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PD2_
D3. O(A) “ <i>médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PD3_
D4. Você mudaria do(a) “ <i>serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PD4_
E- COORDENAÇÃO- INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS						
E1- Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “ <i>nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro</i> ”?						PE1_
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (passe para a questão F1) <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (passe para a questão F1)						

E- COORDENAÇÃO- INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS Entrevistador- para as próximas pergunta use o cartão resposta						
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
E2. O(A) “ <i>médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PE2_
E3. O(A) “ <i>médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo dessa consulta?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PE3_
E4. O(A) “ <i>médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” sabe quais foram os resultados dessa consulta?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PE4_
E5. O(A) “ <i>médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado no especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido pelo especialista ou no serviço especializado)?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PE5_
F- COORDENAÇÃO- SISTEMA DE INFORMAÇÕES Entrevistador- para as próximas pergunta use o cartão resposta						
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza,	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza,	Não sei/não	

	sim			não	lembro	
F1. Se você quisesse, poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a) "serviço de saúde" ?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PF1_
G- INTEGRALIDADE- SERVIÇOS DISPONÍVEIS						
Entrevistador- para as próximas pergunta use o cartão resposta						
A seguir, apresentaremos uma lista de serviços/orientações que você e a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)" esses serviços ou orientações estão disponíveis.						
Está disponível no "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)":						
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
G1. Aconselhamento para problemas de saúde mental (exemplos: ansiedade, depressão)	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PG1_
G2. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PG2_
G3. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (exemplos: diminuição da memória, risco de cair)	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PG3_
H- INTEGRALIDADE- SERVIÇOS PRESTADOS						
Entrevistador- para as próximas pergunta use o cartão resposta						
A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no(a)/ com o(a) "serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro".						
<u>Em consultas</u> no(a)/ com o(a) "serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)", algum dos seguintes assuntos já foi ou é discutido (conversado) com você?						
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
H1. Orientações para se manter saudável, tais como: alimentação saudável, boa higiene e sono adequado	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PH1_
H2. Orientações a respeito de exercícios físicos e apropriados para você	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PH2_
H3. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PH3_
H4. Como prevenir quedas	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PH4_
I- ORIENTAÇÃO FAMILIAR						
Entrevistador- para as próximas pergunta use o cartão resposta						
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro" com sua família						
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
I1. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" lhe pergunta sobre as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para você ou para um membro de sua família?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PI1_
I2. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>	PI2_
J- COORDENAÇÃO- SISTEMA DE INFORMAÇÕES						
Entrevistador- para as próximas pergunta use o cartão resposta						
A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "serviço de						

<i>saúde/médico(a)/enfermeiro(a) realiza?</i>					
Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1. Pesquisa com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	0. <input type="checkbox"/>

PJ1_

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para a caracterização do perfil sociodemográfico, econômico, obstétrico e clínico



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; Mestranda: Enfermeira Raquel Einloft Kleinubing



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			C _
2 () Ambulatório Pré-Natal HUSM			
3 () Ambulatório Doenças Infecciosas HUSM			NI _
4 () Unidade Dispensação de Medicamentos (UDM)			
5 () Unidade Básica de Saúde (UBS)			LC _
6 () Estratégia de Saúde da Família (ESF)			
7 () Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)			LCa __
8 () outro. a: _____			

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. a.Qual? _____ 3 () Com carteira de trabalho assinada. b.Qual? _____	CG10 _ CG10a _ _ 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 Infeciosas do HUSM	CG21b _ CG21ba _ _ CG21bb _ _

		3 () Outro. b: _____	
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 () N° 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 2 () Anemia 3 () Infecção urinária 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 2 () Sífilis 3 () Toxoplasmose 4 () Herpes 5 () Outra(s): _____	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 _

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Dra Cristiane Cardoso de Paula

MESTRANDA: Enfermeira Raquel Einloft Kleinubing

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

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo feito. A pesquisadora se comprometeu a manter o sigilo (segredo) do meu diagnóstico. Compreendi que: não sou obrigado a participar desta pesquisa, e minha escolha em conversar ou não com a pesquisadora será respeitada. Mesmo depois de aceitar participar do estudo, em qualquer momento posso desistir, sem que isso cause qualquer problema;

→ este estudo tem como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS às gestantes vivendo com HIV, segundo o instrumento PCATool-Brasil-Adulto versão reduzido, na experiência da usuária;

→ a conversa pode envolver meus sentimentos ao lembrar e falar do que eu já vivi. Quando for preciso atender alguma necessidade, decorrente dessa conversa, a equipe do serviço de saúde será procurada para me ajudar;

→ responderei a um instrumento (questionário) de pesquisa e sei que este instrumento (questionário) será guardadas por cinco (5) anos, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, sob guarda da pesquisadora responsável Dr^a Cristiane Cardoso de Paula, por determinação das normas de pesquisa. Somente a mestranda e a orientadora do estudo terão acesso ao instrumento (questionário) e os mesmos irão compor um banco de dados;

→ O material coletado será guardado durante cinco anos;

→ os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão realizar um melhor atendimento às suas necessidades;

→ na divulgação desses resultados, meu nome não aparecerá. Ninguém poderá descobrir quem sou, minha identidade ficará protegida;

→ se eu tiver dúvidas, poderei telefonar a cobrar para a pesquisadora Raquel Kleinubing (55-32208938) ou para a orientadora Prof^a Cristiane Cardoso de Paula (55-32208938). Aceito participar deste estudo e a publicação das informações por mim fornecidas à pesquisadora.

Santa Maria/RS ____, _____ de 2014.

Assinatura da participante:

Assinatura do (a) coletador (a)

Assinatura da pesquisadora responsável Dr^a Cristiane Cardoso de Paula:

Cristiane Jo de Paula

APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)**TERMO DE ASSENTIMENTO**

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

PESQUISADORA: Dra Cristiane Cardoso de Paula

MESTRANDA: Enfermeira Raquel Einloft Kleinubing

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

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA EXPECTATIVA DE GESTANTES VIVENDO COM HIV”. Neste estudo pretendemos avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS às gestantes vivendo com HIV, segundo o instrumento PCATool-Brasil-Adulto versão reduzida, na experiência da usuária. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é importância da compreensão da qualidade da APS na atenção destinada às gestantes vivendo com HIV, a fim de qualificar o cuidado prestado a essas pacientes. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Trata-se de um estudo com delineamento transversal, fundamentado na abordagem quantitativa. Esse projeto 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 de estudo mulheres vivendo com HIV que em algum momento do período gestacional foram atendidas nos serviços públicos de APS, no período de 2012 e 2013. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras, apesar disso, você tem assegurado o direito ao atendimento por profissionais de saúde do serviço no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos na sala 1336 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, sob guarda da pesquisadora responsável Dr^a Cristiane Cardoso de Paula, por determinação das normas de pesquisa, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Santa Maria, ____ de _____ de 20__

Assinatura da participante

Assinatura do (a) responsável

Assinatura do(a) coletador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 2 andar - andar - Sala Comitê de Ética - Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria/RS. Tel.:(55)32209362 - Fax:(55)32208009. e-mail: CEP.ufsm@gmail.com. Pesquisa aprovada pelo CEP/UFSM em ____/____/____ com nº do CAEE 26498113.0.0000.5346.

APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade dos dados**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

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

PESQUISADORA: Dra Cristiane Cardoso de Paula

MESTRANDA: Enfermeira Raquel Einloft Kleinubing

TELEFONE PARA CONTATO: Raquel Einloft Kleinubing(55) 3220-8938; Dra Cristiane
Cardoso de Paula(55) 3220-8938

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

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM),
Hospital Casa de Saúde e a rede pública de APS de Santa Maria/ RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão produzidos por coleta de dados em instrumentos quantitativos a ser realizada nos seguintes locais: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital Casa de Saúde e a rede pública de APS de Santa Maria/ RS. Concordam igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto, sendo ainda construído um banco de dados para essa e outras pesquisas. 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 cinco (5) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto Prof^a Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 03/02/2014, com o número do CAAE 26498113.0.0000.5346. Data: ____ de _____ de 2014.

Dra Cristiane Cardoso de Paula

APÊNDICE E – *Corpus* da Revisão Integrativa. Lilacs, PubMed e Scopus, 2014.

Referências	Procedência	Área	Objetivo	Delineamento	Nível	Principais Resultados
Desgrées-du-Loû, Brou, Traore, Djohan, Becquet, Leroy. ¹²	França	Demografia	Explorar se as mulheres HIV positivas testadas na gestação aplicam as recomendações de prevenção.	Estudo de coorte	4	Aconselhamento pré-natal e testes de HIV são ferramentas eficientes para sensibilizar as mulheres e seus parceiros para a prevenção do HIV.
Desgrées-Du-Loû, Brou, Djohan, Becquet, Ekouevi, Zanou, et al. ¹³	França	Demografia	Investigar a comunicação entre o casal sobre Doença Sexualmente Transmissível (DST) e HIV, testes de HIV e uso de preservativos pelo parceiro, após o parto, entre três grupos de mulheres no Oeste-Africano: HIV-positivas, HIV-negativas e aqueles que recusaram-se a ser testadas para o HIV.	Estudo de coorte	4	A proporção de mulheres que discutiram sobre DST com o seu parceiro aumentou muito depois do aconselhamento pré-natal e testes de HIV em todos os três grupos. Aconselhamento e testagem do HIV no pré-natal parece ser uma ferramenta eficiente para sensibilizar as mulheres e os seus parceiros para práticas sexuais mais seguras.
Ekanem, Gbadegesin ¹⁴	Nigéria	Medicina	Determinar o conhecimento e a aceitação de aconselhamento voluntário e testagem do HIV na gravidez, como uma estratégia para a prevenção da TV do HIV.	Estudo descritivo	6	96,1% das mulheres estavam dispostas a submeter-se a teste de HIV durante a gravidez, especialmente, se fosse ajudar a prevenção da TV.
Khoshnood, Wilson, Filardo, Liu, Keung, Wu. ¹⁵	EUA	Medicina	Investigar a eficácia do aconselhamento e testagem voluntária em uma coorte gestantes aconselhadas atendidas em clínicas pré-natais em Urumqi, China.	Ensaio clínico sem randomização	3	A análise multivariada mostrou que todas as mulheres melhoraram significativamente seu conhecimento acerca do HIV. O conhecimento do HIV foi significativamente associado com a vontade de realizar o teste de HIV. As mulheres nos grupos de controle e experimentais foram de 6,8 e 7,9 vezes mais dispostas a receber o teste de HIV do que no início do estudo, respectivamente. Aconselhamento e testagem voluntária parecem eficazes nesta coorte de gestantes que foram aconselhadas.
Onah, Ibeziako, Nkwo, Obi, Nwankwo. ¹⁶	Nigéria	Medicina	Avaliar aconselhamento e testagem voluntária, captação, uso de nevirapina e opções de alimentação infantil entre as gestantes atendidas em um centro de atenção terciária em Enugu, Sudeste da Nigéria, com o objetivo de identificar lacunas (se houver) na prevenção da TV e implementação no hospital.	Estudo de prospectivo de coorte	4	A absorção de aconselhamento e testagem voluntária na Universidade de Nigéria Teaching Hospital, Enugu, é alta. A maioria das mulheres e seus bebês receberam nevirapina no periparto e no momento do parto todas as mulheres escolheram aderir a fórmula exclusiva como alimentação. As principais lacunas identificadas pelo estudo foram que a maioria das mulheres que realizaram parto normal, apresentaram atrasos na obtenção de resultados de teste de HIV.
Gruslin, Salvador, Dekker, Menard-De	Canadá	Medicina	Revisar práticas de triagem antes e depois da implementação de uma política departamental	Estudo de coorte	4	Após as intervenções, as taxas de aconselhamento e testagem do HIV aumentaram de 13% para

Varenes, Eason. ¹⁷			em aconselhamento universal para o rastreio do HIV e da distribuição de um folheto educativo.			72%. A aceitação de testes pelo paciente foi alta.
Shetty, Mhazo, Moyo, Von Lieven, Mateta, Katzenstein, et al. ¹⁸	EUA	Medicina	Avaliar a viabilidade e aceitação de aconselhamento e testagem voluntária do HIV por mulheres grávidas usando voluntários da comunidade no Zimbabue para evitar a TV do HIV.	Estudo de coorte	4	Apesar de muitos desafios, aconselhamento e testagem voluntária do HIV são viáveis e aceitáveis para as gestantes com o objetivo de reduzir o risco de TV.
Linguissi, Bisseye, Sagna, Nagalo, Ouermi, Djigma, et al. ¹⁹	África	Medicina	Avaliar a eficiência da HAART na prevenção da TV do HIV.	Estudo longitudinal	6	A Polymerase Chain Reaction permitiu a identificação precoce de infecção pelo HIV e, com isso, a otimização da profilaxia com administração de HAART, reduzindo a TV do HIV. O protocolo de prevenção da TV é eficaz. A taxa de transmissão é significativamente reduzida.
Zesati, Camacho, Ramírez, Cervantes, Ramírez. ²⁰	México	Medicina	Diagnosticar a infecção pelo HIV em mulheres grávidas usando uma prova oral rápida para prevenir a TV.	Ensaio Clínico sem randomização	3	A generalização do teste rápido oral em clínicas pré-natais é capaz de reduzir significativamente o impacto na morbidade, mortalidade e custos que estes implicam.
Gómez. ²¹	Colômbia	Ciências da Saúde	Aplicar a análise de decisão para comparar a relação custo-eficácia de três estratégias de triagem de HIV em mulheres grávidas e recomendar o mais adequado para o sistema de saúde da Colômbia.	Estudo de coorte econômico	4	A estratégia de triagem universal é menos onerosa do que a voluntária e mais eficaz do que os dois outros, independentemente da prevalência, a taxa de falso-positivo de cada método e taxa de adesão materna ao rastreio. A recomendação das autoridades de saúde nacionais da Colômbia é começar a triagem de todas as mulheres grávidas para a infecção pelo HIV utilizando testes de terceira geração.
Yudin, Moravac, Shah. ²²	Canadá	Medicina	Estimar tanto as taxas de aceitação da testagem para o HIV na gravidez, quanto as características que influenciam a aceitação, usando uma política de opt-out.	Estudo de coorte prospectivo	4	A utilização de uma estratégia de opt-out aumentou significativamente as taxas de testes de HIV, comparado a média provincial.
Lehtovirta, Skogberg, Salo, Ämmälä, Ristola, Suni, Paavonen, et al. ²³	Finlândia	Medicina	Oferecer rastreio pré-natal universal a todas as mulheres grávidas desde 1998 e apresentar os resultados das primeiras 52 gravidezes de mulheres infectadas pelo HIV que realizaram o parto no nosso hospital universitário.	Estudo de Coorte	4	Uma combinação de rastreio pré-natal universal e gestão multidisciplinar permite tratamento individualizado e evita a TV do HIV.
Moodley, Esterhuizen, Pather, Chetty, Ngaleka. ²⁴	África	Medicina	Determinar a incidência de HIV durante a gravidez, conforme definido pela soroconversão usando uma estratégia de teste rápido de HIV com repetição ao final da gravidez.	Estudo transversal	6	Programas de saúde pública precisam continuar a reforçar as estratégias de prevenção e reteste de HIV durante a gravidez. Este último também oferece uma oportunidade adicional para prevenir a TV e ainda mais a transmissão horizontal.
Heller, Kunthea, Bunthoeun, Sok,	Camboja	Saúde Pública	Determinar aceitabilidade, viabilidade, precisão e custo, após um ano, de testes	Estudo descritivo	6	Testes durante o pré-natal e no momento do parto são viáveis, aceitáveis e contribuem para a

Seuth, Killam, et al. ²⁵			durante o pré-natal e no momento do parto.			redução da TV.
Kim, Cohan, Sparks, Pilliod, Arinaitwe, Caughey. ²⁶	EUA	Medicina	Estimar o custo-efetividade de estratégias de triagem de HIV para a prevenção da TV em Uganda, um país de recursos limitados com alta prevalência e incidência de HIV.	Estudo de coorte	4	A estratégia foi gradativamente a opção de baixo custo que totalizou maiores anos de vida. Repetir o teste rápido no trabalho de parto é uma estratégia rentável, mesmo num ambiente de recursos limitados como Uganda.
Veloso, Bastos, Portela, Grinsztejn, João, da Silva, et al. ²⁷	Brasil	Medicina	Avaliar a viabilidade do teste rápido de HIV para as mulheres grávidas internadas na maternidade e de intervenções posteriores para reduzir a TV.	Estudo descritivo	6	A estratégia mostrou-se viável em maternidades do Rio de Janeiro e Porto Alegre. Os esforços devem ser tomados para maximizar o teste de HIV durante o parto. Existe a necessidade de um forte apoio social para fornecer esse acesso da população aos serviços de saúde após a alta hospitalar.
Succi, Abdallah, Abreu, Aguiar, Alóe, Albuquerque, et al. ²⁸	Brasil	Medicina	Avaliar as taxas de TV do HIV no Brasil durante os anos de 2000 e 2001, e para identificar as variáveis maternas e neonatais que foram associados com esta transmissão.	Estudo transversal observacional, com dados retrospectivos	6	As variáveis associadas a menores taxas de TV do HIV: cesariana eletiva, diagnóstico da infecção da mãe antes ou durante a gravidez, o acesso a carga viral do HIV e contagem de linfócitos T CD4+ no pré-natal, maior peso ao nascimento e ausência de amamentação.
Nishimoto, Eluf Neto, Rozman. ²⁹	Brasil	Medicina	Estimar o risco de TV do HIV-1 e avaliar o efeito dos métodos de prevenção da TV do HIV, tais como: uso de ziduidina (AZT) pela gestante durante o pré-natal, parto e uso de AZT em recém-nascidos; substituição do aleitamento materno por fórmula, e indicação de cesariana.	Estudo de coorte	4	Na análise univariada, o risco de TV foi significativamente associada com a idade materna, pré-natal, uso de ziduidina AZT oral e uso de ziduidina AZT xarope, idade gestacional e de amamentação.
García, Prieto, Carlos, Rincón, Caicedo, Rey. ³⁰	Colômbia	Não referido	Descrever os resultados da implementação da estratégia de prevenção da TV do HIV de 2003-2005.	Estudo descritivo	6	O projeto foi implantado em 757 municípios (68%), em que o teste de HIV realizados para 200.853 mulheres grávidas, 377 estavam infectados (0,19% na região do Caribe, em Quindío, e Santander). Fatores relacionados com a transmissão foram: carga viral inicial 10.000/mm ³ , a falta de acompanhamento pré-natal e o diagnóstico tardio durante a gravidez. Não foram encontradas diferenças estatísticas entre os esquemas anti-retrovirais utilizados.
Villamor, Msamanga, Spiegelman, Antelman, Peterson, Hunter, et al. ³¹	EUA	Nutrição	Examinar os efeitos de multivitamínicos e suplementos de vitamina A no ganho de peso durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez entre as mulheres infectadas pelo HIV.	Estudo randomizado, controlado por placebo	2	Durante o terceiro trimestre, o ganho de peso foi significativamente maior e os riscos de baixa taxa de ganho de peso (≤ 100 g / semana) foi significativamente menor em mulheres que receberam multivitaminas que em mulheres que não fizeram. Multivitaminas, incluindo vitamina

						A foram de proteção contra o baixo ganho de peso durante o segundo trimestre em comparação com multivitaminas sozinho. A suplementação multivitamínica durante a gravidez melhora o padrão de ganho de peso entre as mulheres infectadas pelo HIV.
Pinho Neto, Oliveira. ³²	Brasil	Medicina	Demonstrar que o uso da TARV combinada é mais eficaz do que o uso de AZT em monoterapia durante o período de pré-natal das gestantes infectadas pelo HIV.	Estudo longitudinal, descritivo e quantitativo	6	Houve uma taxa de 0,9% de bebês infectados cujas mães fizeram uso de ziduidina (AZT) em monoterapia e quando a terapia antiretroviral foi combinada com AZT +3 TC + NFV (zidovudina + lamivudina + transmissão do HIV Nelfinavir) 100% dos bebês foram não infectados.
Turchi, Duarte, Martelli. ³³	Brasil	Medicina	Estimar fatores de risco de TV do HIV e avaliar a associação com o uso de TARV para a prevenção da TV do HIV em mulheres nos serviços de saúde de referência na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil.	Estudo de coorte	4	O estudo mostrou uma importante redução no risco de TV em gestantes que receberam terapia antiretroviral adequada, além de identificar as oportunidades perdidas de prevenção.
Black, Zulliger, Myer, Marcus, Jeneker, Taliep, et al. ³⁴	África	Medicina	Avaliar o desempenho do programa de antiretrovirais na gravidez como um modelo de atenção para agilizar o início do tratamento em gestantes.	Estudo de coorte	4	Para as mulheres elegíveis foram oferecidos antiretrovirais imediatamente, com aconselhamento e exames de sangue de laboratório. Este programa piloto fornece evidências de que iniciação TART na gravidez é seguro, viável e eficaz na redução da TV.
Zhou, Meyers, Li, Chen, Qian, Lao, et al. ³⁵	China	Medicina	Para demonstrar que o uso da HAART para interromper a TV do HIV é eficaz, seguro e viável em uma região rural remota da China.	Ensaio clínico sem randomização	3	HAART para todas as mulheres grávidas infectadas é eficaz, com uma taxa de TV de cerca de 1%;
Peltier, Ndayisaba, Lepage, Van Griensven, Leroy, Pharm, et al. ³⁶	França	Medicina	Avaliar os 9 meses de sobrevida livre de HIV em crianças com duas estratégias para prevenir a TV do HIV.	Estudo de coorte de intervenção não-aleatorizado	4	HAART materna durante a amamentação pode ser uma estratégia promissora e alternativa em países de recursos limitados.
Damasceno, Alves dos Prazeres, Araújo, Valdanha Netto. ³⁷	Brasil	Medicina	Analisar os resultados perinatais do medidas profiláticas adotadas na prevenção da TV do HIV.	Estudo documental quantitativo	6	O diagnostico antes da gravidez permitiu a eficácia da TARV e maior número de check-ups. A TARV foi administrada a 97,6% das gestantes, e terapia tripla em 88,7%. Foi administrado AZT intraparto em 95,2% das mulheres e oral em xarope para 100% dos recém-nascidos. Nascimento por cesariana foi predominante (92,8%) e foi associada à o uso de AZT durante o parto, quando comparado com o parto vaginal. A cesariana favoreceu a administração intraparto de AZT.
Romeu, De Paiva, Moura Fé. ³⁸	Brasil	Farmácia	Conhecer o perfil farmacoepidemiológico das mulheres grávidas portadoras do HIV, as	Estudo longitudinal	6	Observou-se que 77,8% (n = 21) dos pacientes seguiu todas as estratégias de prevenção contra a

			medidas de prevenção contra a TV e o serviço de atenção farmacêutica, respeitando a avaliação do nível de satisfação dos pacientes.	quali-quantitativo		TV, quais foram: Teste de HIV na avaliação pré-natal, TARV utilizada durante a fase pré-natal, AZT injetável durante a cesariana, suspensão da amamentação e uso de AZT oral no recém-nascido. O nível geral de satisfação, respeitando o serviço de atenção farmacêutica foi bastante satisfatório. Por meio do serviço de atenção farmacêutica, o profissional farmacêutico colabora efetivamente para a correta utilização dos medicamentos, e esta ação resulta diretamente em uma redução da TV do HIV.
Turan, Steinfeld, Onono, Bukusi, Woods, Shade, et al. ³⁹	EUA	Medicina	Avaliar os efeitos da integração do tratamento do HIV em clínicas de pré-natal nas unidades de saúde do governo do Quênia rural.	Estudo prospectivo, randomizado e controlado	2	Os principais resultados do estudo são as taxas de inscrição materna nos cuidados de HIV e tratamento infantil HIV, captação de testes e sobrevivência infantil.
Ngidi, Reddy, Luvuno, Rollins, Barker, Mate. ⁴⁰	África	Medicina	Avaliar o impacto de uma abordagem de campanha entre os profissionais de saúde, para melhorar as taxas de referência e o início da TARV para beneficiar gestantes infectadas pelo HIV em dois distritos na província de KwaZulu.	Estudo prospectivo, não randomizado, controlado	3	A capacitação profissional de enfermeiros e médicos aumentou o número médio de referências de mulheres grávidas para TARV de 79 por mês no início do estudo para 188 por meses 6 meses após a intervenção. O número de gestantes iniciadas em TARV aumentou de 21 por mês na linha de base, para 124 por mês, após a intervenção. Uma campanha segmentada entre trabalhadores da saúde pode acelerar o acesso à TARV para gestantes infectadas pelo HIV.
Le Roux, Tomlinson, Harwood, O'Connor, Worthman, Mbewu, et al. ⁴¹	África	Nutrição	Avaliar o efeito de visitas domiciliares por trabalhadores de saúde da comunidade sobre o bem-estar materno e infantil, desde a gravidez até os primeiro 6 meses de vida das crianças, para as mulheres que vivem com HIV e todas as mães do bairro.	Ensaio clínico randomizado	2	Em comparação com o tratamento padrão, o Programa de Intervenção Philani com visitas domiciliares por agentes comunitários aliado aos cuidados padrões, mostrou-se mais propenso a prevenir a TV, promover método de alimentação por 6 meses, evitar complicações médicas e relatar crianças com medições saudáveis. Entre todas as mães, em comparação com o tratamento padrão, mães pertencentes ao Programa de Intervenção Philani eram mais propensas a usar preservativos de forma consistente, amamentar exclusivamente por seis meses, e ter crianças com medições de altura saudáveis para idade.
Winestone, Bukusi, Cohen, Kwaro, Schmidt, Turan. ⁴²	EUA	Medicina	Explorar as perspectivas dos profissionais de saúde sobre as vantagens e desvantagens da integração de serviços de cuidados de HIV, incluindo a HAART, em clínicas de cuidados pré-natais na zona rural do Quênia .	Estudo qualitaivo	6	Os profissionais de saúde observaram que a integração de serviços de cuidados de HIV, incluindo a HAART, em clínicas de cuidados pré-natais diminuiu o tempo gasto para o início do tratamento nas pacientes na unidade de saúde;

						aumento da eficiência nas relações profissional-paciente, levando a uma maior satisfação do usuário. Os profissionais concluíram que as mulheres seriam mais propensas a receber HAART e aderir ao tratamento, como resultado da melhoria da confidencialidade e redução do estigma.
Van Der Merwe, Chersich, Technau, Umurungi, Conradie, Coovadia. ⁴³	África	Medicina	Avaliar a integração de intervenções que unam pré-natal com os serviços de TARV e a eficácia dos regimes triplos antirretrovirais na redução de TV em locais com recursos limitados.	Estudo de coorte	4	Por meio das mudanças na prestação de serviços, o tempo para a iniciação do tratamento foi reduzido de uma média de 56 dias para 37 dias. O risco de TV para as mulheres que recebem tratamentos antirretrovirais (5 [4,3%] de 116 mulheres) foi menor do que para aquelas que receberam dose única de nevirapina (sd-NVP) (74 [10,7%] de 692 mulheres). O fortalecimento dos vínculos e integração dos componentes-chave do tratamento antirretroviral na atenção pré-natal reduz o tempo para iniciação do tratamento.
Killam, Tambatamba, Chintu, Rouse, Stringer, Bweupe, et al. ⁴⁴	EUA	Medicina	Avaliar a integração da TARV nas clínicas de assistência pré-natal	Estudo de caso-controle	3	TARV integrada com a estratégia pré-natal dobrou a proporção de mulheres com tratamento que iniciaram a TARV durante a gravidez.
Stinson, Jennings, Myer. ⁴⁵	África	Medicina	Avaliar o início da TARV durante a gravidez sob diferentes modelos de prestação de serviços em Cape Town, South Africa.	Estudo de coorte	4	Houve maior proporção de mulheres que começaram TARV durante o pré-natal no modelo integrado em comparação com os modelos proximais ou distais (55% vs 38% vs 45%, respectivamente). As mulheres que receberam serviço integrado eram significativamente mais propensas a iniciar TARV no pré-natal (taxa de 1,33). Integração do início da TARV no pré-natal está associada com níveis mais elevados de iniciação da TARV na gravidez.
Kakimoto, Kanal, Mukoyama, Chheng, Chou, Sedtha. ⁴⁶	Japão	Medicina	Avaliar a influência da participação dos parceiros nos serviços de prevenção da TV.	Estudo de coorte	4	Todos os casais aceitaram aconselhamento e divulgação de seus resultados para seus parceiros. Observou-se uma forte associação entre a aceitação e envolvimento dos parceiros.
Aliyu, Blevins, Audet, Shepherd, Hassana, Onwujekwe, et al. ⁴⁷	EUA	Medicina	Avaliar o impacto e a relação custo-eficácia de um pacote integrado focado na família nos serviços de prevenção da TV.	Estudo controlado randomizado-cluster	2	Teste de contagem de células pode facilitar a capacidade de profissionais de saúde de melhorar o gerenciamento do cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), incluindo o fornecimento e de TARV para mulheres grávidas em áreas rurais. Parceiros do sexo masculino

						poderiam apoiar a captação dos parceiros e a adesão aos cuidados de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV). Trata-se de uma abordagem inovadora de ampliação da prestação de serviços e facilidade de obtenção de resultados de contagem de células CD4+ (testes point-of-care).
Katz, Kiarie, John-Stewart, Richardson, John, Farquhar. ⁴⁸	EUA	Epidemiologia	Identificar métodos para a participação masculina no pré-natal, aconselhamento e testagem voluntária e determinar correlatos de aceitação masculina de aconselhamento nesses ambientes.	Estudo descritivo	6	Oferecendo serviços de pré-natal para homens na clínica pré-natal com opções de aconselhamento individual ou de casais é uma oportunidade importante e uma estratégia aceitável para aumentar o envolvimento masculino na prevenção da TV e promover a testagem masculina de HIV.
Mohlala, Boily, Gregson. ⁴⁹	Inglaterra	Epidemiologia	Avaliar a aceitação e a viabilidade de solicitar às mulheres grávidas o convite a seus parceiros masculinos para participar da clínica pré-natal e realizar aconselhamento e testagem voluntária em Khayelitsha, cidade do Cabo, África do Sul, no contexto de um programa de sensibilização para o TARV.	Ensaio clínico randomizado controlado	2	Todas as mulheres do estudo aceitaram as cartas-convite e concordaram em convidar seus parceiros para participar do aconselhamento e testagem voluntária ou sessões de aconselhamento sobre a gestação, conforme solicitado. Fornecer as mulheres grávidas um convite por escrito para os seus parceiros aumentou a participação masculina no cuidado pré-natal e realização do aconselhamento e testagem voluntária do casal.
Farquhar, Kiarie, Richardson, Kabura, John, Nduati, et al. ⁵⁰	EUA	Medicina	Determinar o efeito de promover o envolvimento dos parceiros em aconselhamento de casais para a absorção de intervenções e prevenção da transmissão do HIV-1	Estudo de coorte	4	32 (10%) de 314 mulheres HIV positivas vieram ao aconselhamento e testagem voluntária acompanhadas dos parceiros. Essas mulheres eram três vezes mais propensas a retornar na utilização de nevirapina e de informar a administração de nevirapina durante o parto; e cinco vezes mais propensas a evitar amamentar em comparação com aquelas aconselhadas individualmente. Participação dos parceiros no aconselhamento e testagem voluntária e aconselhamento do casal aumentou a captação de nevirapina e fórmula alimentar. Aconselhamento de casais no pré-natal pode ser uma estratégia útil para promover intervenções de prevenção do HIV.
Msuya, Mbizvo, Hussain, Uriyo, Sam, Stray-Pedersen ⁵¹	Noruega	Medicina	Descrever a prevalência e os preditores de participação do parceiro masculino no aconselhamento voluntário e testagem do HIV em duas clínicas primárias de saúde em Moshi urbano, Tanzânia, bem como o efeito da participação dos parceiros na captação de intervenções perinatais para o HIV.	Estudo de coorte	4	Mulheres soropositivas para o HIV cujos parceiros participaram, eram três vezes mais propensas a usar profilaxia com Nevirapina, quatro vezes mais propensas a evitar a amamentação e seis vezes mais propensas a aderir ao método de alimentação infantil selecionado, do que aqueles cujos parceiros não compareceram. Dada a influência positiva que a participação

						masculina tem sobre a aceitação das intervenções perinatais, é urgentemente necessária uma abordagem diferente para promover a participação masculina no aconselhamento voluntário e testagem do HIV .
Hladik, Stover, Esiru, Harper, Tappero. ⁵²	África	Multiprofissional	Comparar os efeitos de profilaxia antirretroviral para a prevenção da TV do HIV no planejamento familiar existente e na gravidez não desejada.	Estudo ecológico descritivo	6	Utilização de planejamento familiar pode evitar 21,6% das infecções e 18,5% das mortes. As gestações não planejadas ou não desejadas são responsáveis por 24,5% das infecções e 19,8% das mortes.
Elul, Delvaux, Munyana, Lahuerta, Horowitz, Ndagije, et al. ⁵³	EUA	Saúde Pública	Compreender as intenções da gravidez, conhecimento e uso de contracepção entre as mulheres HIV-positivas e negativas no programa de prevenção da TV do HIV, em Ruanda.	Estudo transversal	6	A maioria das mulheres havia discutido planejamento familiar com um profissional de saúde durante a sua última gravidez (HIV-positivo vs 79%. HIV-negativo de 69%). Os resultados destacam o sucesso na prestação de aconselhamento sobre planejamento familiar nos serviços de prevenção da TV em Ruanda.
Murdaugh, Russell, Sowell. ⁵⁴	EUA	Enfermagem	Desenvolver uma intervenção com videotape sensível culturalmente para educar as mulheres HIV-positivas sobre a gravidez e uso de antirretrovirais.	Estudo exploratório qualitativo	6	Participar dos grupos focais trouxe ações educativas como esclarecimentos sobre as decisões relativas à gravidez e uso de antirretrovirais durante a gravidez para diminuir a TV. Metodologia de grupo focal é uma estratégia útil para o desenvolvimento cultural e de intervenções educativas.
Sebert Kuhlmann, Kraft, Galavotti, Creek, Mooki, Ntummy. ⁵⁵	EUA	Saúde Pública	Avaliar as associações entre a exposição a uma série de rádio de longa duração que incentiva o uso do programa de prevenção da TV e teste de HIV durante a gravidez.	Ensaio clínico sem randomização	3	As mulheres que nomearam espontaneamente um personagem na série de drama da prevenção da TV como seu personagem favorito, eram quase duas vezes mais propensas a realizar o teste de HIV durante a gravidez, do que aquelas que não o fizeram. A identificação com personagens da série de drama/serie rádio está associada com os testes durante a gravidez. Juntamente com outros elementos de apoio, séries de drama poderiam contribuir para iniciativas de prevenção, tratamento e de cuidados.
Igumbor, Pengpid, Obi. ⁵⁶	África	Ciências da Saúde	Examinar o efeito das Intervenções de Educação em Saúde em clínicas na intenção comportamental da prevenção da TV entre 300 mulheres grávidas a partir de 4 unidades básicas de saúde em Tshilidzini área de captação Hospital, África do Sul	Estudo descritivo	6	Clínica baseada em Intervenções de Educação em Saúde teve um impacto sobre a intenção comportamental de testes de HIV, visita pré-natal regular e uso de nevirapina. Observou-se a contribuição vital das fontes alternativas de informação de prevenção da TV, como o rádio e a televisão. Reforçar iniciativas que capacitam às mulheres e uma melhor coordenação das

						Intervenções de Educação em Saúde por meio de uma melhor implementação da estratégia de educação em saúde pode fortalecer a intenção da prevenção da TV.
Ogaji, Ikpeme, Oyo-Ita, Omuemu, Etuk, Ekabua. ⁵⁷	Finlândia	Medicina	Determinar o nível de consciência e aceitação de estratégias de prevenção da TV do HIV.	Estudo descritivo exploratório multicêntrico	6	A maioria dos entrevistados (94,7%) tinha conhecimento da TV. Os entrevistados foram mais conscientes do uso de medicamentos antirretrovirais durante a gravidez (63,2%) do que da impossibilidade de amamentar (58,5%) e do parto cesáreo (22,8%) como estratégias para prevenir a TV. Também foram mais propensos a aceitar o uso de antirretrovirais (78,2%) do que evitar a amamentação (69,0%) e aceitar o parto cesáreo (38,0%) para a prevenção da TV. O status educacional alto foi significativamente associado a uma atitude positiva para com estas estratégias.
Martínez, Olea, Chiu. ⁵⁸	Chile	Epidemiologia	Determinar se a atenção voltada para a prevenção da TV em Makgabaneng foi associada com o teste de HIV durante a gravidez, em uma amostra de 504 grávidas e mulheres no pós-parto em Francistown, Botswana.	Estudo ecológico	6	A TV foi significativamente reduzida como resultado da implementação, desde 1995, de um sistema de registro eletrônico como estratégia preventiva que beneficiou mulheres soropositivas e recém-nascidos
Suy, Hernandez, Thorne, Lonca, Lopez, Coll. ⁵⁹	Espanha	Medicina	Avaliar a aceitação, viabilidade e dificuldades na aplicação de uma política de parto vaginal, em casos selecionados, em mulheres infectadas pelo HIV.	Estudo observacional prospectivo	4	Entre 74 mulheres que chegaram a 36 semanas de gestação, 47 (64%) preencheram os critérios pré-estabelecidos para o parto vaginal, dos quais 21 (45%) de parto vaginal; Nenhum caso de TV do HIV ocorreu. Recomendando parto normal entre as mulheres infectadas pelo HIV em casos selecionados foi bem aceito, especialmente uma vez que a política tornou-se estabelecida.
Msellati, Meda, Leroy, Likikouët, Van De Perre, Cartoux, et al. ⁶⁰	França	Medicina	Estudar a tolerância e aceitação na África de uma intervenção perinatal para prevenir a TV do HIV usando desinfecção por cloreto de benzalcônio.	Ensaio clínico randomizado	2	Desinfecção vaginal com cloreto de benzalcônio no momento do parto é uma intervenção viável e bem tolerada na África Ocidental. A sua eficácia na prevenção da TV do HIV continua a ser demonstrada.