



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA**

**CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO**  
**HIV: ensaio clínico randomizado controlado**

**FORTALEZA**  
**2018**

ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA

CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO  
HIV: ensaio clínico randomizado controlado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

L696c Lima, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa.

Cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV: ensaio clínico randomizado controlado : Ensaio Clínico Randomizado Controlado / Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima. – 2018.

154 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Mônica Oliveira Batista Oriá .

Coorientação: Prof. Dr. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

1. Transmissão vertical de doença infecciosa. 2. HIV. 3. Educação em saúde. 4. Enfermagem. 5. Ensaio clínico. I. Título.

---

CDD 610.73

ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA

CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO  
HIV: ensaio clínico randomizado controlado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (Presidente)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dr. Fernando Lannes Fernandes (1º Membro)  
University of Dundee

---

Prof. Dr. Wilson Correia de Abreu (2º Membro)  
Universidade do Porto

---

Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão (3º Membro)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno (4º Membro)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dra. Anne Fayma Lopes Chaves (1º suplente)  
Universidade Luso-Afro Brasileira – UNILAB

---

Profa. Dra. Liana Mara Rocha Teles (2º suplente)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus por ter permitido que eu alcançasse essa grande vitória! Por sempre me surpreender diariamente com tamanha fidelidade em minha vida, por ser um Pai sempre presente, por me trazer paz e equilíbrio e por ser meu orientador supremo.

Ao meu amado esposo, Roberto Costa Lima Júnior, por ser meu apoio incondicional! Por estar sempre ao meu lado, torcendo, vibrando, sonhando... Obrigada pela compreensão das horas ausentes, por ser meu companheiro de todas as horas, que faz meus dias serem mais leves em todos os sentidos e me faz mais feliz pelo simples fato de tê-lo ao meu lado!

Ao meu tão amado filho, Robertinho, presente de Deus que ganhei em meio ao doutorado! Meu menininho lindo e doce, que me enche de orgulho a cada dia! Minha inspiração para seguir firme em busca desse objetivo! Aquele que me impulsiona a buscar ser cada vez melhor e a dar o meu máximo por amor a ele!

Aos meus pais, João e Marfiza, por se doarem incessante e integralmente, por terem me dado todo o apoio sempre que precisei, por todos os valores e princípios que me ensinaram, por terem me auxiliado no alcance de mais essa conquista. Devo-lhes tudo o que sou!

Aos meus queridos irmãos, por saber que posso contar com cada um e por sempre me apoiarem nas alegrias e tristezas. Sei que torcem constantemente por mim! Amo vocês!

À minha querida família Costa Lima e Caco, verdadeiros presentes de Deus, que souberam tão bem me apoiar, torcer e compreender esse período de ausência e que tornam meus dias melhores sempre que estão por perto!

À minha querida orientadora Professora Dr<sup>a</sup>. Mônica Oliveira Batista Oriá, por ter-me acompanhado neste longo caminho desde o mestrado, sempre compreensiva, solícita e apoiando em todas as situações! Obrigada por trazer tranquilidade, por nos dar a autonomia necessária para crescermos e por torcer pelo nosso sucesso! Tenho-lhe grande admiração e carinho!

À Professora Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos por ter sido coorientadora deste estudo, por todas as orientações e ensinamentos para o desenvolvimento dessa pesquisa e por ser um grande exemplo de profissional e pessoa!

Ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (NEPPSS), pelo conhecimento compartilhado, em especial às colegas que foram essenciais para a concretização da pesquisa, auxiliando na árdua coleta de dados: Sadrine, Camila, Sabrina, Jordana, Thais e Deise. Não tenho palavras para agradecer todo apoio e auxílio! Um agradecimento especial também à Profa. Liana Teles por estar sempre disposta a ajudar e por tantos ensinamentos compartilhados!

Aos componentes da Banca Examinadora pela disponibilidade e pelas enriquecedoras contribuições.

Às minhas amigas e sócias Mariana e Sabrina, por terem compreendido o período que precisei me ausentar e por terem vibrado comigo essa vitória!

Aos colegas de trabalho do Centro Universitário Estácio do Ceará por terem torcido por mim! Em especial, minhas amigas Natasha e Anne, que acompanharam de perto essa trajetória, compartilhando alegrias e angústias.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela oportunidade do aprendi- e pela contribuição na construção de uma Enfermagem cada vez mais forte e melhor. Aos profissionais dos serviços onde a pesquisa foi desenvolvida pela receptividade e colaboração na operacionalização da coleta de dados.

Às gestantes e puérperas que participaram deste estudo, pelas contribuições fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização de mais essa importante etapa em minha vida.

Muito obrigada!

## RESUMO

O estudo teve como objetivo testar a eficácia de uma cartilha educativa sobre o conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV. Trata-se de um Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC) realizado em três maternidades públicas de Fortaleza-CE, entre janeiro de 2017 a maio de 2018. Foram elegíveis 104 mães HIV positivas, porém, devido aos critérios de descontinuidade, houve 56,7% de perda, restando a amostra final com 45 mulheres (Grupo intervenção=24; Grupo Controle=21). As gestantes que participaram do grupo controle (GC) receberam atendimento habitual do serviço e o grupo intervenção (GI) teve como aditivo acesso à cartilha educativa a ser testada. A pesquisa foi realizada em três fases (Avaliação 1+Randomização+Intervenção, Avaliação 2 e Avaliação 3). A Avaliação 2 aconteceu no dia e local agendados da consulta subsequente à da primeira avaliação ou por telefone, entre 7 e 15 dias após a linha de base. A terceira avaliação aconteceu 30 dias após o parto, por telefone ou presencialmente. Quanto a análise estatística, foram utilizados testes paramétricos e não-paramétricos para as comparações intra e intergrupos. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa sob números de parecer: 1.684.549 e 1.930.501, além de registrado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC: UTN: U1111-1191-9954). Os grupos foram homogêneos em relação às características sociodemográficas, exceto no que diz respeito a raça ( $p=0,030$ ). Não houve diferença intergrupos na média da pontuação do conhecimento das mulheres ao longo do estudo. Porém, na análise intragrupo nas três fases do estudo, verificou-se que a intervenção com a cartilha se mostrou eficaz para melhorar o conhecimento das gestantes HIV positivas do GI em curto prazo ( $p=0,002$ ), mantendo-se elevado em longo prazo ( $p=0,033$ ) em relação à linha de base. Quanto à média de adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical, o GI apresentou elevação expressiva da adesão ( $p=0,021$ ) na fase 2 em relação ao GC. Na análise intragrupo, evidenciou-se que a intervenção com a cartilha foi efetiva no aumento da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação dentro do grupo intervenção ( $p<0,001$ ). Na comparação intergrupos da média de pontuação da adesão aos cuidados no pós-parto, não houve diferença entre os grupos ( $p=0,731$ ).

Evidenciou-se que a cartilha aumentou o conhecimento a curto e a longo prazo no grupo que teve acesso a essa tecnologia e na adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV de gestantes soropositivas, podendo ser mais uma estratégia a ser utilizada desde o pré-natal no intuito de empoderar as mães que vivem com HIV e oferecer suporte de informação adicional para que possam realizar as medidas necessárias para minimizar riscos da transmissão vertical do HIV.

**Palavras-chave:** Transmissão vertical de doença infecciosa. HIV. Educação em saúde. Enfermagem. Ensaio clínico.

## ABSTRACT

The aim of this study was to verify the efficacy of an intervention using an educational booklet to increase knowledge and adherence regarding the care to prevent vertical transmission of HIV. This is a Randomized Controlled Clinical Trial (RCT), carried out in three public maternity hospitals in Fortaleza-CE between January 2017 and May 2018. A total of 104 HIV-positive mothers were eligible for the study, however, due to the discontinuity criteria, there was a 56.7% loss, leaving a final sample of 45 women (Intervention group = 24, Control Group = 21). Pregnant women from the control group (CG) had been under the routine care and the intervention group (IG) had additional access to the educational booklet to be tested. The research was carried out in three stages (Evaluation 1 + Randomization + Intervention, Evaluation 2 and Evaluation 3). Assessment 2 happened the next day, and the consultation schedules followed the first telephone assessment between 7 and 15 days after a baseline. The third evaluation occurred 30 days after delivery, by phone or in person. Statistical analysis, parametric and non-parametric comparative test for intra and intergroup comparisons were done. The research was approved by the Ethics and Research Committee under protocol numbers: 1.684.549 and 1930.501, in addition to the Brazilian Registry of Clinical Trials ((ReBEC: UTN: U1111-1191-9954). The groups were homogeneous in relation to the sociodemographic characteristics of the pregnant women, except for race ( $p = 0.030$ ). The notion of intergroups in the average range of women's knowledge throughout the study. However, in the intragroup analysis of the three phases of the study, the intervention became effective to improve the knowledge of the pregnant women.  $p = 0.033$ ) relative to the baseline. The first to respond to care for the prevention of vertical transmission was performed in relation to CG ( $p = 0.021$ ). In the intragroup analysis, it has been shown that the booklet intervention was effective in improving adherence to care for preventing HIV vertical transmission during pregnancy ( $p < 0.001$ ). In the intergroup comparison of mean scores for the response to non-postpartum care, there was no difference between the groups ( $p = 0.731$ ). It has been recognized that the booklet intervention enhanced short and long-term knowledge toward the adherence of care to prevent HIV vertical transmission in soropositive pregnant women with the access of this technology. This intervention may be a

strategy to be used during the prenatal care in order to empower HIV+ mothers, offering support for additional information to conduct the needed measures to minimize HIV vertical transmission.

**Keywords:** Vertical transmission of infectious disease. HIV. Health education. Nursing. Clinical trial.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, PubMed, BDEF e Scopus, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.....	30
Quadro 2 – Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016.....	32
Quadro 3 – Elementos da estratégia PICO. Fortaleza-CE, Brasil, 2018.....	43
Quadro 4 – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados PubMed, Scopus, CINAHL COCHRANE e LILACS, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza-CE, Brasil, 2018	45
Quadro 5 – Estratégias de análise bivariada possíveis para a relação intergrupo e intragrupo.....	64
Gráfico 1 – Comparação intergrupo da média da pontuação do nível de conhecimento no decorrer do tempo. Fortaleza/CE. Brasil, 2018.....	76
Gráfico 2 – Comparação intergrupo da média da pontuação do nível de adesão aos cuidados na gestação. Fortaleza/CE. Brasil, 2018	83
Figura 1 – Fluxograma metodológico do ECR.....	51
Figura 2 – Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo conforme enunciado CONSORT. Fortaleza-CE, Brasil, 2018.....	68

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das gestantes HIV positivas. Fortaleza-CE, Brasil, 2018.....	70
Tabela 2 – Caracterização sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV das gestantes HIV positivas. Fortaleza-CE, Brasil, 2018.....	72
Tabela 3 – Caracterização obstétrica e da infecção pelo HIV das mães HIV positivas no pós-parto. Fortaleza-CE, Brasil, 2018.....	75
Tabela 4 – Comparação intragrupo da média da pontuação do nível de conhecimento no decorrer do tempo. Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	77
Tabela 5 – Comparação intergrupos do percentual de mulheres que referem conhecer os cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV no decorrer do tempo. Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	78
Tabela 6 – Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem conhecer os cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV no decorrer do tempo (Grupo Intervenção). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	80
Tabela 7 – Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem conhecer os cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV no decorrer do tempo (Grupo Controle). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	82
Tabela 8 – Comparação intragrupo da pontuação média do nível de adesão aos cuidados na gestação. Fortaleza/CE, Brasil, 2018	84
Tabela 9 – Comparação intergrupos da média de pontuação da adesão aos cuidados no pós-parto. Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	85
Tabela 10 – Comparação intergrupos do percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados na gestação. Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	86

Tabela 11 – Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados na gestação (Grupo Intervenção). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	87
Tabela 12 – Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados na gestação (Grupo Controle). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	88
Tabela 13 – Comparação intergrupo do aumento percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados no pós-parto. Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	90
Tabela 14 – Correlação entre conhecimento e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto (variáveis numéricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	91
Tabela 15 – Fatores associados ao conhecimento e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto (variáveis categóricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	93
Tabela 16 – Modelo final da regressão entre conhecimento e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto. Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	95
Tabela 17 – Correlação entre adesão aos cuidados e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto (variáveis numéricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	97
Tabela 18 – Fatores associados à adesão aos cuidados e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas nas três fases do estudo (variáveis categóricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	98

Tabela 19	Correlação entre conhecimento e adesão aos cuidados para	
–	prevenção da transmissão vertical do HIV. Fortaleza/CE, Brasil,	
	2018.....	100
Tabela 20	Modelo final da regressão entre adesão aos cuidados e	
–	características sociodemográficas e obstétricas das gestantes	
	HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias, 30 dias pós-parto.	
	Fortaleza/CE, Brasil, 2018.....	101

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1

ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio Padrão
ECRC	Ensaio Clínico Randomizado Controlado
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade gestacional
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
ReBEC	Registro de Ensaio Clínico Brasileiros
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Transmissão Vertical
TV-HIV	Transmissão Vertical do HIV

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	Geral.....	24
2.2	Específicos.....	24
3	HIPÓTESES CIENTÍFICAS.....	25
4	REVISÃO DE LITERATURA - TECNOLOGIAS E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ESTADO DA ARTE.....	26
4.1	Tecnologias e práticas educativas para promoção da saúde no contexto da transmissão vertical do HIV: estado da arte.....	26
4.1.1	<i>Utilização de tecnologias leves e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV.....</i>	36
4.1.2	<i>Utilização de tecnologias educativas duras para prevenção da transmissão vertical do HIV.....</i>	40
4.2	Efetividade de tecnologias educativas para promoção da saúde no contexto da transmissão vertical do HIV: revisão sistemática	43
5	METODOLOGIA.....	46
5.1	Tipo de estudo.....	46
5.2	Local da pesquisa.....	47
5.3	População e amostra.....	48
5.3.1	<i>Descrição .....</i>	48
5.3.2	<i>Grupos.....</i>	49
5.4	Coleta de dados.....	50
5.4.1	<i>Etapas do ECR.....</i>	50
5.4.2	<i>Randomização da amostra e cegamento.....</i>	53
5.4.3	<i>Operacionalização da coleta de dados.....</i>	54
5.4.4	<i>Instrumentos de coleta de dados.....</i>	55
5.4.5	<i>Implementação da intervenção educativa.....</i>	57
5.5	Definição operacional das variáveis.....	59
5.5.1	<i>Variável dependente (desfecho).....</i>	59

<b>5.5.2</b>	<b><i>Variáveis independentes (explanatórias)</i></b> .....	61
<b>5.6</b>	<b>Análise e apresentação dos dados</b> .....	63
<b>5.7</b>	<b>Aspectos éticos e legais</b> .....	65
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	67
<b>6.1</b>	<b>Captação e seguimento das mulheres do estudo</b> .....	67
<b>6.2</b>	<b>Caracterização sociodemográfica, sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV</b> .....	69
<b>6.3</b>	<b>Avaliação dos efeitos da cartilha educativa no conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV</b> .....	76
<b>6.4</b>	<b>Avaliação dos fatores associados ao conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV</b> .....	90
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	103
<b>7.1</b>	<b>Caracterização das participantes do estudo</b> .....	104
<b>7.2</b>	<b>Efeito da cartilha educativa no conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV</b> .....	108
<b>7.3</b>	<b>Fatores associados ao conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV</b> .....	114
<b>8</b>	<b>LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO</b> .....	117
<b>9</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	119
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	120
	<b>APÊNDICE A – CAPA DA CARTILHA EDUCATIVA IMPLEMENTADA</b>	128
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	130
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO (NO CASO DO MENOR)</b> .....	132
	<b>APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA GESTAÇÃO – LINHA DE BASE</b> .....	134
	<b>APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA GESTAÇÃO – AVALIAÇÃO 2</b> .....	139

<b>APÊNDICE F – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PÓS-PARTO – AVALIAÇÃO 3.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE G – PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DAS ETAPAS DO ESTUDO .....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE H – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND.....</b>	<b>148</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A redução do número de novos casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma das prioridades de saúde do mundo. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), no ano de 2016, 36,7 milhões de pessoas viviam com o HIV (UNAIDS, 2016). Segundo o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde (MS), desde o início da epidemia no Brasil, do começo da década de 1980 até junho de 2015, foram registrados 842.710 casos de Aids, dos quais 127.116 notificados no Nordeste e 19.579 no Ceará (BRASIL, 2017).

Os padrões de disseminação da infecção pelo HIV mudaram devido ao predomínio da forma de transmissão heterossexual. A tendência de crescimento relativo da epidemia de Aids em mulheres, processo conhecido como feminização da epidemia, trouxe como consequência a elevação do número de crianças infectadas pela transmissão vertical (TV) (MIRANDA *et al*, 2016).

Nos últimos dez anos, a taxa de gestantes vivendo com HIV no Brasil teve um acréscimo de 28,6%, passando de 2,1 casos/mil nascidos vivos em 2006 para 2,7 em 2015, provocando o aumento do risco da TV, que é, atualmente, o principal meio de infecção pelo HIV em menores de 13 anos, representando 99,6% dos casos (BRASIL, 2016). O estado do Ceará segue as tendências nacionais de ascensão das taxas de detecção de HIV na gestação. Entre os anos de 2007 e 2017, tais taxas mantiveram-se crescente, apresentando maior índice em 2016 (2,4 por mil nascidos vivos) (CEARÁ, 2017).

A transmissão vertical do HIV (TV-HIV) ocorre pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito ou a amamentação, sendo que 35% dos casos ocorrem durante a gestação e 65% no periparto, havendo um risco acrescido de transmissão pela amamentação entre 7% a 22% por exposição (mamada). Quando não são realizadas intervenções de profilaxia, a TV-HIV ocorre em cerca de 25% das gestações das mulheres infectadas pelo vírus (BRASIL, 2015).

Diante disso, o Ministério da Saúde preconiza um conjunto de medidas a serem realizadas no pré-natal, parto e puerpério de mulheres soropositivas que,

quando implementadas em sua totalidade, reduzem a taxa de transmissão vertical do HIV a quase zero. As principais medidas são o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, uso de antirretrovirais na gestação; a utilização de zidovudina (AZT) injetável durante o trabalho de parto; a realização de parto cesáreo, quando indicado; o uso de AZT oral para os recém-nascidos expostos, do nascimento até 4 semanas de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os 6 meses de idade (BRASIL, 2010, 2014).

Contudo, apesar da alta eficácia da profilaxia para a redução das chances de transmissão vertical, estudos apontam diversos fatores que ainda dificultam a diminuição das taxas de transmissão materno-infantil do HIV: o diagnóstico tardio da infecção na gestação; a não realização do aconselhamento e orientações a todas as mulheres durante o pré-natal; a qualidade da assistência que permanece aquém da desejada; o conhecimento, por vezes, deficiente dos profissionais; a falta de organização dos serviços de saúde, bem como o conhecimento deficiente por parte das gestantes em relação às medidas preventivas (FALNES *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2010; FARIA *et al.*, 2014; JORDÃO *et al.*, 2016).

Corroborando com as afirmações supracitadas, uma pesquisa realizada no Ceará buscou avaliar as ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV nesse estado, entre 2000 e 2009, e verificou que tais ações ainda são insatisfatórias, sobretudo no tocante à utilização da terapia antirretroviral pelas gestantes, tendo em vista que 41,4% destas não usaram os antirretrovirais durante o período gestacional, mesmo tendo sido realizado o diagnóstico do HIV no pré-natal, ou antes, em 79,3% dos casos (LIMA *et al.*, 2014).

Em estudo que teve por objetivo identificar os fatores sócio comportamentais e do sistema de saúde que, na ótica das gestantes, dificultam o acesso ao pré-natal, e, em consequência, às ações profiláticas para diminuição da transmissão vertical do HIV, foram apontados como principais problemas, as situações que comprometem a marcação da consulta, o déficit na captação precoce da gestante e a não priorização do atendimento à gestante. O sistema de saúde parece não estar preparado para atender às necessidades dessa população e aponta a necessidade de os profissionais de saúde serem capacitados para lidar com as

adversidades da vida e ampliar a escuta do sofrimento e adoecimento (DARMONT *et al.*, 2010).

Esse mesmo estudo também ressalta a necessidade de restabelecer a prioridade ao atendimento de gestantes e a realização de atividades educativas semanais que, além de atingir um grupo maior, facilitem a expressão das dúvidas e a troca de informações em linguagem acessível. É possível, assim, oferecer atendimento pré-natal de qualidade por meio da escuta e do diálogo, mesmo em situação de escassez de recursos humanos (DARMONT *et al.*, 2010).

Nesse contexto, a carência da realização de atividades educativas participativas e dialogadas direcionadas às gestantes e puérperas soropositivas por parte dos profissionais de saúde aliada a falhas quanto ao grau de conhecimento das mesmas referentes à prevenção da transmissão vertical do HIV repercutem negativamente na vulnerabilidade do binômio mãe-filho. Apesar disso, estudos mostram que a educação em saúde é um meio eficaz para a profilaxia da transmissão vertical (BOATENG; KWAPONG; AGYEI-BAFFOUR, 2013; JORDÃO *et al.*, 2016).

A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento da consciência crítica, reflexiva e para a emancipação dos sujeitos, pois possibilita a produção de um saber que propicia as pessoas a cuidarem melhor de si mesmas e de seus familiares. Isso mostra que a educação em saúde está intimamente relacionada com o cuidado e remete ao duplo papel exercido pelos profissionais de saúde que são também educadores por excelência (SANTOS; PENNA, 2009).

Assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro, na condição de educador, busque desenvolver intervenções educativas inovadoras que objetivem a prevenção da transmissão vertical do HIV. Esse processo de criação deve, naturalmente, fazer parte da prática e do cotidiano desses profissionais, para que, conseqüentemente, possa também englobar a realidade das gestantes e puérperas soropositivas, visando à promoção da saúde do binômio mãe-filho.

O enfermeiro, no exercício de suas atividades, deve priorizar a educação em saúde voltada para as necessidades da população, utilizando meios lúdicos que favoreçam o interesse e entendimento da temática pela população alvo (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013). O uso de uma linguagem acessível ao paciente é fundamental

para explicar as particularidades da infecção causada pelo HIV, bem como a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da terapia antirretroviral (TARV), contribuindo para a adesão ao seguimento e ao tratamento (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, no processo de comunicação escrita, a elaboração textual deve estar adequada ao nível educacional e cultural do cliente a ser beneficiado pela tecnologia educativa construída. O desenvolvimento e a implementação de tecnologias educativas podem favorecer mudanças comportamentais, tornando o cliente confiante para a realização de determinada conduta promotora de saúde (TELES *et al*, 2014).

Sabe-se que a deficiência de conhecimento, dificuldade de memorização e vulnerabilidade da clientela são alguns dos fatores que justificam o desenvolvimento de materiais instrucionais. Nesse sentido, tecnologias educativas que dinamizem as atividades (individuais ou grupais) tornam-se relevantes e necessárias (AFIO *et al*, 2014).

Com isso, percebe-se a necessidade e a relevância das atividades educativas no âmbito da transmissão vertical do HIV. Assim, uma forma de proporcionar o empoderamento, facilitar a aquisição de conhecimentos e memorização dos cuidados necessários à prevenção da transmissão vertical do HIV, bem como um meio de padronizar as orientações dadas pelos profissionais, é mediante o uso de cartilhas educativas, com vistas à prevenção da transmissão vertical do HIV e à promoção da saúde do binômio mãe-filho.

Dentro dessa perspectiva, materiais educativos podem ser considerados como meio de comunicação para promover a saúde, pois não só lançam informações, mas durante as atividades educativas são capazes de ensejar trocas de saberes. Faz-se necessário substituir as práticas de comunicação unidirecional, com o foco na transmissão de informação, pela discussão e reflexão. Espera-se, assim, que tais materiais, como nova estratégia criada para o cuidado no âmbito da saúde, sejam instrumentos facilitadores da educação em saúde (SILVA; CARDOSO, 2009).

Dessa forma, ao perceber a necessidade da utilização de um material educativo para a prevenção da transmissão vertical do HIV durante as práticas do enfermeiro, realizou-se uma busca na literatura, incluindo artigos completos disponíveis eletronicamente nos idiomas inglês, português e espanhol e utilizando os descritores “*Infectious Disease Transmission, Vertical*”, “HIV”, “*health education*” e “*technology*” não foi identificado, nas bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed); SCOPUS – Base de dados multidisciplinar; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), nenhum estudo que mencionasse a construção ou utilização de material educativo impresso visando à prevenção da transmissão vertical do HIV.

Compreendendo, pois, a importância de se promover maior autonomia das mulheres soropositivas que estejam no período gravídico-puerperal referentes aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV, além da valorização das estratégias e tecnologias educativas na área da Enfermagem, foi desenvolvida e validada junto a especialistas no assunto e com gestantes e puérperas HIV positivas uma cartilha educativa intitulada “Como prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho?: fique por dentro!” (LIMA *et al.*, 2017) (APÊNDICE A).

Nessa cartilha, são exploradas informações básicas quanto ao HIV e os principais cuidados preconizados para prevenção da transmissão vertical desse vírus durante a gestação, parto e puerpério ao longo de 28 páginas, tais como: o conceito de HIV; os testes anti-HIV e a importância do diagnóstico precoce; as formas de transmissão vertical do vírus; cuidados durante a gestação, como uso da terapia antirretroviral, alimentação saudável, uso do preservativo durante as relações sexuais, comparecimento às consultas e realização de exames periódicos e manutenção de um estilo de vida saudável; tipos de parto; uso da terapia antirretroviral no parto e pela criança; contra-indicação do aleitamento materno; inibição da lactação e uso da fórmula láctea pelo bebê (LIMA *et al.*, 2017).

A partir do que foi exposto, acredita-se que, por meio do uso dessa cartilha nas ações de educação em saúde, possibilita-se o estabelecimento de uma relação coparticipativa e dialógica entre enfermeiros e gestantes soropositivas para o HIV, proporcionando melhor conhecimento e maior autonomia para a realização dos cuidados preconizados para prevenção da transmissão vertical. Além disso, a

utilização dessa cartilha viabilizará uma tecnologia que possa direcionar, padronizar, sistematizar e dinamizar as ações educativas realizadas por profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, na abordagem à prevenção da transmissão vertical do HIV e da promoção da saúde do binômio mãe-filho.

Assim, tendo em vista a necessidade de se verificar os benefícios da tecnologia educativa em questão, surgiu a seguinte indagação: as gestantes vivendo com HIV que obtiverem acesso à cartilha terão maior adesão aos cuidados e maior conhecimento acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV do que aquelas que não tiverem?

Diante do exposto, pretende-se defender a tese de que uma cartilha educativa é eficaz para a adesão aos cuidados e conhecimento acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Testar a eficácia de cartilha educativa sobre a adesão aos cuidados e conhecimento acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV.

### **2.2 Específicos**

- Avaliar a adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação antes e após a intervenção com a cartilha educativa;
- comparar a adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação e pós-parto entre o grupo controle e o grupo intervenção;
- comparar o conhecimento das gestantes HIV positivas sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV antes e após a intervenção com a cartilha e entre o grupo controle e o grupo intervenção;
- identificar os fatores associados ao conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV.

### 3 HIPÓTESES CIENTÍFICAS

De acordo com o exposto anteriormente, foram delineadas as seguintes hipóteses:

- A cartilha educativa é eficaz para melhorar a adesão aos cuidados e conhecimento acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV;
- A adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV de mães soropositivas que tiveram acesso à cartilha educativa será maior que a adesão das que não obtiveram acesso a essa tecnologia;
- O conhecimento acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV de mães soropositivas para o vírus que tiveram acesso à cartilha educativa será maior que o conhecimento das que não obtiveram acesso a essa tecnologia.

#### **4 REVISÃO DE LITERATURA - TECNOLOGIAS E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ESTADO DA ARTE**

Grandes avanços no contexto da transmissão vertical do HIV têm ocorrido, sendo possível atingir a redução das taxas de transmissão materno-infantil de 25% a níveis entre 1 e 2% com a utilização adequada das medidas profiláticas preconizadas. Ante a possibilidade dessa redução o mais precocemente possível, recomenda-se que os profissionais de saúde atuem com vistas às atividades educativas, informando às gestantes e puérperas vivendo com HIV sobre os riscos e os meios de prevenção da transmissão desde a gestação até o puerpério, bem como do acompanhamento da criança até a definição de sua situação sorológica (BRASIL, 2014).

Dentre os fatores apontados para a não adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV está a falta de acesso às informações sobre a infecção. Tal fato pode criar expectativas errôneas relativas à prevenção da transmissão do vírus, evolução clínica e tratamento da doença. Conseqüentemente, pode aumentar a possibilidade de adoecimento, uma vez que dificulta a compreensão dos danos para a sua saúde e a efetivação de mudanças de comportamento (PADOIN et al., 2011).

Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde estarem capacitados para buscar reduzir essa lacuna. Destaca-se o papel do enfermeiro, que tem, dentro do seu pilar formativo, a educação em saúde, podendo então ultrapassar o processo clássico de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir em busca da adoção de comportamentos saudáveis. A fim de atingir tal objetivo, faz-se premente a utilização de tecnologias que facilitem esse processo de ensino.

Na prática da educação em saúde, a tecnologia deve ser utilizada de modo a favorecer a participação dos sujeitos no processo educativo, contribuindo para a construção da cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos. Tanto na educação quanto na saúde, os educadores devem compreender as tecnologias como meios facilitadores dos processos de construção do conhecimento, numa perspectiva criativa, transformadora e crítica (MARTINS *et al.* 2011).

Os tipos de tecnologia das quais os profissionais podem valer-se são: tecnologia dura, quando se utiliza instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; tecnologia leve-dura, quando se lança mão de saberes estruturados (teorias, modelos

de cuidado, processo de enfermagem); e tecnologias leves, nas quais se visualiza claramente que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento) (MERHY, 2002).

Dentre as opções de tecnologias educativas, sejam do tipo dura, leve-dura ou leves, têm-se os materiais educativos impressos (folhetos, panfletos, folders, livretos, cartilhas e álbuns seriados), os que se valem de recursos audiovisuais (como vídeos, uso de rádio) ou ainda os que se utilizam das relações pessoais por meio do aconselhamento, acolhimento e diálogo, de uma forma ou de outra todos proporcionam informação sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado (BERNIER, 1986).

Com isso, percebe-se a necessidade e a relevância do desenvolvimento de tecnologias e das atividades educativas no contexto da transmissão vertical do HIV. Assim, surgiu a seguinte questão norteadora: o que tem sido produzido na literatura nacional e internacional acerca das tecnologias e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV?

A fim de responder a essa questão, foram realizadas duas revisões: uma revisão integrativa e uma sistemática. A revisão integrativa teve o objetivo de buscar na literatura as tecnologias e práticas educativas existentes voltadas para a promoção da saúde da TV-HIV, enquanto a revisão sistemática teve a intenção de buscar ensaios clínicos que utilizaram materiais educativos impressos para prevenção da TV do HIV e avaliar sua efetividade.

A prática baseada em evidências (PBE) consiste em uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional, valores e preferências do paciente ao cuidado prestado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2012).

A revisão integrativa da literatura tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Enquanto isso, a revisão sistemática, um dos métodos de escolha para a PBE, consiste na combinação de evidências de múltiplos estudos que focalizam um problema específico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Além de proporcionar uma síntese do estado do

conhecimento de um determinado tema, a revisão sistemática pode apontar lacunas a serem preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT; BECK, 2011). Assim, tanto a revisão sistemática como a revisão integrativa fazem parte da PBE.

#### **4.1 Tecnologias e práticas educativas para promoção da saúde no contexto da transmissão vertical do HIV: revisão integrativa**

No intuito de verificar na literatura a produção de tecnologias e práticas educativas utilizadas para a prevenção da TV do HIV, inicialmente, realizou-se uma revisão do tipo integrativa. Para realização dessa revisão, foi identificada a princípio a questão de pesquisa aliada a seleção dos descritores e, em seguida, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão de artigos. A partir disso, as seguintes etapas foram percorridas durante a elaboração desse estudo: foi realizada a seleção da amostra mediante a busca nas bases de dados; posteriormente, houve a sumarização das informações extraídas dos artigos selecionados; avaliação dos estudos; interpretação e discussão dos resultados; e a última etapa foi constituída pela apresentação da revisão e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Quatro bases de dados foram analisadas: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *PubMed* (*Public/Publish Medline*), *Scopus* e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os critérios de inclusão dos artigos na revisão foram: ser artigo de pesquisa original, completo e publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol; abordar o uso de tecnologias educativas, educação em saúde, aconselhamento em saúde ou algum tipo de prática educativa relacionada à prevenção da transmissão vertical do HIV. Os estudos que não se enquadraram nas características citadas foram excluídos desta revisão. Não houve limitação quanto ao ano de publicação dos artigos durante as buscas realizadas.

Foram empregados os descritores controlados (descritores do DeCS): “*Infectious Disease Transmission, Vertical*”, “HIV”, “*Health education*” e “*Technology*”. A escolha dos descritores “*Health education*” e “*Technology*” justifica-se pelo fato de o objetivo deste estudo ser buscar, tanto evidências que abordem tecnologias educativas, quanto as práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do

HIV. Além disso, o descritor “*Technology*” mostrou-se restrito nos resultados das buscas em determinadas bases de dados quando comparado ao “*Health education*”, que durante as buscas ampliava o número de estudos encontrados.

Utilizou-se uma combinação dos descritores com o operador booleano *AND* para cada uma das bases de dados selecionadas, em virtude de suas características específicas, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão estabelecidos, não sendo utilizados filtros. A busca foi realizada pelo acesso online, no mês de abril e maio de 2016, sendo 16 artigos selecionados. O Quadro 1 mostra de forma detalhada a combinação de descritores utilizados para cada base, a produção encontrada e os artigos excluídos conforme os critérios de elegibilidade.

Quadro 1 – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, PubMed, BDNF e Scopus, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

	<b>LILACS</b>	<b>PubMed</b>	<b>BDNF</b>	<b>SCOPUS</b>	<b>Total</b>
Combinação de descritores	Infectious Disease Transmission, Vertical AND HIV AND Health education	Infectious Disease Transmission, Vertical AND HIV AND Technology	Infectious Disease Transmission, Vertical AND HIV	Infectious Disease Transmission, Vertical AND HIV AND Technology	-
Produção encontrada	7	105	32	60	204
Não é artigo de pesquisa original e completo	1	15	12	1	29
Não atende aos idiomas selecionados	-	4	-	-	4
Não aborda a temática em estudo	3	78	13	56	150
Repetido	-	1	2	2	5
Total selecionado	3	7	5	1	<b>16</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Para coleta de dados, utilizou-se um instrumento adaptado (BIANCHINI; GALVÃO; ARCURI, 2010) a fim de evidenciar as características das pesquisas, como: identificação (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma e ano de publicação), nível de evidência, tipo de estudo, objetivo, metodologia, categorização do tema, resultados, conclusões e as bases de dados.

As evidências encontradas nas publicações foram categorizadas de acordo com o tipo de abordagem educativa em: “utilização de tecnologias leves e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV” e “utilização de tecnologias educativas duras para prevenção da transmissão vertical do HIV”. Na primeira categoria constam os artigos que abordam práticas educativas em geral, avaliando a

utilização ou apenas verificando a importância do aconselhamento, orientações, diálogo e da realização da educação em saúde entre profissional de saúde e mulheres com HIV no contexto da transmissão vertical do HIV. Já na segunda são descritos estudos que utilizaram equipamentos tecnológicos, como vídeo, rádio e telefone, que são classificados como tecnologias do tipo dura.

Os artigos foram classificados quanto ao nível de evidência em 1, quando as evidências eram provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados, relevantes ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2, caso as evidências derivassem de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado, bem delineado; 3, quando as evidências eram obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4, evidências oriundas de estudos de coorte e de caso controle bem delineado; 5, evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo, e 7, evidências originárias de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Os resultados encontrados foram descritos por meio de frequências, apresentados em forma de quadro e discutidos segundo a literatura pertinente, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, a fim de atingir o objetivo desse método.

No Quadro 2, apresenta-se uma síntese das características, categorização do estudo, nível de evidência, objetivos, resultados e conclusões das produções encontradas.

Quadro 2 – Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

(continua)

Categorização	Autor e ano/ método/ país/ nível de evidência/ base de dados	Objetivo	Resultados/conclusões
Utilização de tecnologias educativas duras para prevenção da transmissão vertical do HIV	MURDAUGH C, RUSSELL RB, SOWELL R., 2000/ Exploratório, com metodologia de grupo focal/ País não informado/ Nível: 6/ PubMed	Desenvolver um vídeo educativo de orientações para mulheres HIV positivas sobre gravidez e uso de antiretrovirais.	As informações obtidas a partir dos grupos focais foram utilizadas com sucesso para desenvolver um vídeo a ser utilizado em um estudo multicêntrico de intervenção. A metodologia de grupo focal é uma estratégia útil para desenvolver intervenções educacionais.
	KUHLMANN AKS, <i>et al.</i> , 2008/ Transversal/ Botswana/ Nível: 6/ PubMed	Avaliou a associação entre a exposição a uma série de drama de rádio de longa duração que incentiva o uso do programa de prevenção da transmissão vertical do HIV e a testagem do HIV durante a gravidez.	Juntamente com outros elementos de apoio, dramas de série de rádio poderiam contribuir para a prevenção do HIV, tratamento e cuidados iniciais.
	DEAN AL, <i>et al.</i> , 2012/ Exploratório/ Sul da África/Nível: 6/ PubMed	Investigar a viabilidade do uso de mensagens de texto de telefone celular (SMS) para promover a adesão à terapia antirretroviral entre grávidas com HIV recentemente diagnosticadas com o vírus.	Quatro entrevistas pós-intervenção com as participantes revelaram satisfação geral e recomendaram que o grupo de SMS fosse oferecido no futuro.
	JENNINGS L, <i>et al.</i> , 2013 Qualitativo/ Quênia / Nível: 6/ PubMed	Examinar quais conteúdos e formas de comunicação móvel são aceitáveis para apoiar a prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV).	Concluiu-se que o uso atual de plataforma de comunicações móveis para PTV tem um potencial significativo. Esta avaliação pré-intervenção produziu informações valiosas sobre as complexidades do projeto e sua implementação. Uma plataforma efetiva para a PTV precisará endereçar contextos de confidencialidade, compartilhamento de celulares e ligação com os atuais serviços.
	NOGUEIRA SA, <i>et al.</i> , 2001/ Coorte prospectivo/ Brasil/ Nível: 4/ LILACS	Determinar a taxa de transmissão vertical do HIV e fatores de risco associados com o uso de zidovudina e educação na assistência infantil no Brasil.	A transmissão vertical do HIV no Brasil foi reduzida usando uma abordagem de equipe multidisciplinar. Foi alcançado alto nível de uso de drogas antiretrovirais, a oferta de educação em saúde e o uso de fórmulas infantis para as crianças expostas.

Quadro 2 – Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

(continuação)

Categorização	Autor e ano/ método/ país/ nível de evidência/ base de dados	Objetivo	Resultados/conclusões
	FELICIANO KVO, KOVACS MH, 2003/ Estudo exploratório/ Brasil/ Nível:6/ LILACS	Elucidar a fecundidade da prática educativa centrada na prevenção da transmissão materno-fetal da Aids para promover a comunicação usuárias-serviços.	Foi encontrado que o trabalho educativo está focalizado no fornecimento de informações durante a consulta. A pequena oferta de atividades educativas no pré-natal e o "monólogo tecnocrático" que predomina nas relações entre usuárias e serviços de saúde têm repercussões negativas na vulnerabilidade da população feminina e de seus filhos.
	OMWEGA AM, OGUTA TJ, SEHMI JK, 2006/ Transversal/ Quênia / Nível: 6/ PubMed	Determinar o conhecimento materno sobre transmissão vertical do HIV no ambiente rural e examinar alternativas viáveis de leite materno para as mães HIV positivo.	Recomenda-se que a educação em saúde e aconselhamento nutricional sejam intensificados, a fim de melhorar o saber das mães sobre a transmissão vertical do HIV, por terem apresentado baixos índices de conhecimento.
	MOURA EL, PRAÇA NS. 2006/ Descritivo e qualitativo/ Brasil/ Nível: 6/ BDEF	Identificar as expectativas e ações da gestante HIV positivo quanto à gravidez e ao concepto.	Concluiu-se pela necessidade de implementação de orientação para a saúde direcionada à mulher com enfoque na transmissão vertical do HIV/aids.
	MAHMOUD MM <i>et al</i> , 2007/ Transversal/ Sudão/ Nível: 6/ PubMed	Investigar o conhecimento de gestantes e sua atitude em relação à transmissão vertical do HIV, bem como aconselhamento e testagem voluntária.	Há necessidade de alargar o programa de aconselhamento e testagem voluntária e de aumentar o nível de educação e sensibilização de saúde sobre o HIV e a transmissão vertical.
	PRAÇA NS, BARRANCOS JTG, 2007/ Transversal/ Brasil/ Nível:6/ BDEF	Verificar se as mulheres têm recebido aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV no pré-natal.	Concluiu-se pela necessidade de maior envolvimento do profissional da área da saúde na oferta de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV às gestantes no pré-natal.
	MOORE J, <i>et al</i> , 2008/ Estudo descritivo/ Jamaica/ Nível:6/ LILACS	Avaliar a eficácia do programa de intervenção de testagem voluntária e aconselhamento contra o HIV em clínicas de pré-natal.	O programa de testagem voluntária e aconselhamento contra o HIV provou ser uma importante intervenção, que permitiu a melhoria da sensibilização, prevenção e controle do HIV em mulheres grávidas jamaicanas, além do aumento da aceitação e capacitação para cuidar de si mesmas e de seus filhos.

Quadro 2 – Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

(conclusão)

Categorização	Autor e ano/ método/ país/ nível de evidência/ base de dados	Objetivo	Resultados/conclusões
	BYAMUGISH R, <i>et al.</i> , 2010/ Transversal/ Uganda/ Nível:6/ Scopus	Avaliar a atitude em relação ao teste anti-HIV e aconselhamento para gestantes no pré-natal, bem como seu conhecimento sobre a transmissão materno-infantil do HIV.	A maioria das gestantes teve atitudes positivas em relação à rotina de aconselhamento e testagem do HIV, e mais de 60% tinham conhecimento correto sobre a transmissão mãe-filho do HIV.
	FEITOSA JA, <i>et al.</i> , 2010/ Descritivo e qualitativo/ Brasil/ Nível: 6/ BDEF	Analisar as percepções e sentimentos das gestantes relacionadas ao teste sorológico para HIV no pré-natal.	Os enfermeiros, como profissionais vocacionados para a educação em saúde, precisam investir em estratégias de sensibilização, podendo baseá-las em oficinas e aconselhamento coletivo, oportunizando-lhes a reflexão quanto às práticas de risco e formas de prevenção.
	BOATENG D, KWAPONG GD, AGYEI-BAFFOUR P, 2013/ Transversal/ Gana/ Nível: 6/ PubMed	Investigar o conhecimento, atitudes e percepções das mulheres sobre a terapia anti-retroviral (TARV) e a PTV.	Apresentou-se conhecimentos inadequados sobre TARV e PTV. O conhecimento e a compreensão de mães sobre a TARV e a PTV podem influenciar sua adesão a TARV. Intervenções educacionais são necessárias para desenvolver comportamentos positivos e melhorar a adesão a TARV de mulheres com HIV alfabetizadas ou não.
	TEIXEIRA SVB, <i>et al.</i> , 2013/ Exploratório e qualitativo/ Brasil/ Nível: 6/ BDEF	Analisar a percepção das mulheres soropositivas ao HIV quanto à decisão de engravidar; Investigar o conhecimento dessas acerca dos cuidados na prevenção da transmissão vertical.	Os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo. Assim, a decisão e o desejo de ter filhos devem ser discutidos no atendimento, visando proporcionar às mulheres informações adequadas sobre as recomendações mais seguras para o planejamento familiar, assim como sobre os cuidados necessários durante a gestação, no parto e no puerpério e respeito a seus direitos como cidadãs.
	SILVA MR, ALVARENGA WA, DUPAS G, 2014/ Qualitativo/ Brasil/ Nível: 6/ BDEF	Conhecer a experiência de cuidadores de crianças expostas verticalmente ao HIV.	Observou-se que o serviço público de saúde do município estudado tentou seguir as exigências protocolares estabelecidas, porém, é necessário melhorias na qualidade do aconselhamento.

Fonte: dados da pesquisa

De acordo com o Quadro 2, os 16 artigos encontrados foram publicados entre 2000 e 2014. Dos artigos incluídos para análise, sete foram produzidos no Brasil e sete na África (dois no Quênia, um em Gana, outro em Uganda, um em Botswana, um no Sudão e um no sul africano), um na Jamaica (América Central) e um local não foi informado no artigo.

Quanto ao tipo de metodologia, a maioria dos artigos era transversal com delineamento descritivo e exploratório, quatro apresentaram abordagem qualitativa e um estudo foi do tipo coorte. Verificou-se um baixo nível de evidência dos estudos, quinze deles apresentaram nível de evidência 6 e apenas um apresentou nível 4.

Dos 16 estudos analisados, quatro abordavam o uso de tecnologias educativas do tipo dura no intuito de promover a educação em saúde da população, por meio de vídeo, rádio e telefone, e se enquadram no tópico “utilização de tecnologias educativas duras para prevenção da transmissão vertical do HIV”, e doze abordavam práticas educativas em geral, sobretudo pautadas no aconselhamento e diálogo entre profissional de saúde e usuária do serviço, e pertencem ao tópico “Utilização de tecnologias leves e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV”.

Nas tecnologias leves se visualiza que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações, como vínculo e acolhimento (MERHY, 2002) conforme foi mencionado em alguns artigos do tópico “Utilização de tecnologias leves e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV”, a utilização do aconselhamento, orientações e diálogo entre profissional de saúde e usuária do serviço, pode-se dizer que alguns desses estudos lançaram mão de tecnologias do tipo leve.

Enfatiza-se que não foi mencionada, em nenhum artigo da revisão, a utilização de tecnologias do tipo leve-dura e dentre as tecnologias do tipo dura não se encontrou nenhum estudo que abordasse a utilização de materiais educativos impressos como folhetos, livretos, cartilhas e manuais ou uso de software e escalas.

A tecnologia está presente em todas as etapas de cuidado de enfermagem, sendo considerada ao mesmo tempo processo e produto. Além disso, a mesma se faz presente na forma como se estabelecem as relações entre os agentes e, no modo

como se dá o cuidado em saúde, sendo este compreendido como um trabalho vivo em ato (ROCHA *et al.* 2008).

Os enfermeiros, como profissionais vocacionados para a educação em saúde, vêm utilizando tecnologias para mediar o cuidado prestado ao indivíduo assistido, tendo sido identificados dois tipos de tecnologias nos estudos analisados quanto às práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV: leves e duras, que serão melhor discutidas nos tópicos a seguir.

#### **4.1.1 Utilização de tecnologias leves e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV**

A maior parte das evidências da revisão encontra-se nessa categoria, totalizando doze artigos. Destes, sete (OMWEGA; OGUTA; SEHMI, 2006; MAHMOUD *et al.*, 2007; MOORE *et al.*, 2008; SILVA; ALVARENGA; DUPAS, 2014; FEITOSA *et al.*, 2010; PRAÇA; BARRANCOS, 2007; BYAMUGISHA *et al.*, 2010) avaliaram o aconselhamento ou relataram a utilização e importância dessa prática para a efetivação das ações preventivas relativas à transmissão materno-infantil do HIV, mostrando que a tecnologia do tipo leve tem sido a mais preponderante dentre as utilizadas nesse contexto.

O estabelecimento de relações humanas é imprescindível em se tratando da temática da transmissão vertical do HIV, pois apoiar uma mulher soropositiva não envolve somente um conjunto de técnicas. A tecnologia não deve ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas pode ser resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas que apresentam uma finalidade específica, no caso a prevenção da transmissão vertical do HIV (JOVENTINO, *et al.* 2011).

Verificou-se ainda dentre as publicações analisadas que as práticas educativas relacionadas à profilaxia para a TV do HIV estão muito voltadas para o aconselhamento pré e pós-teste diagnóstico do HIV. Durante o aconselhamento, principalmente no caso de o resultado do exame ser positivo, todas as fases susceptíveis à transmissão vertical devem ser reforçadas, desde o período pré-

concepcional até o pós-parto, a fim de que as gestantes e puérperas conscientizem-se dos cuidados específicos de cada fase.

O enfermeiro precisa compreender as práticas relacionadas à redução da transmissão vertical HIV de forma integral (SILVA; TAVARES; PAZ, 2011). Os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo e entrosados com as questões de gênero, sexualidade e de saúde reprodutiva, sem perder de vista, as dimensões éticas, sociais e culturais que normatizam a vida das mulheres HIV positivas. Assim, as decisões e desejos dessas devem ser discutidos no atendimento, visando proporcionar às mulheres informações adequadas sobre as recomendações mais seguras para o planejamento familiar, assim como sobre os cuidados necessários durante a gestação, no parto e no puerpério, além do respeito de seus direitos como cidadãs (TEIXEIRA, *et al.*, 2013).

Três estudos da revisão relataram que as intervenções educativas são necessárias para se desenvolver comportamentos positivos e aumentar a adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV (BOATENG; KWAPONG; AGYEI-BAFFOUR, 2013; NOGUEIRA, 2001; MOURA; PRAÇA, 2006), além da necessidade de maior envolvimento do profissional com a educação em saúde e a clientela (PRAÇA; BARRANCOS, 2007). Um artigo mostrou também que uma das ações mais importantes a serem desenvolvidas pelo enfermeiro no contexto da transmissão vertical do HIV é o aconselhamento em saúde, pois permitiu a melhoria da sensibilização, prevenção e controle do HIV em mulheres grávidas jamaicanas, além do aumento da aceitação e capacitação para cuidar de si mesmas e de seus filhos (MOORE *et al.*, 2008).

Esses dados são corroborados por estudos que ressaltam a relevância da educação em saúde contínua das gestantes soropositivas, orquestrada ao nível de compreensão das mesmas, conscientizando-as do seu direito de escolha do cuidado com o seu corpo e orientando sobre a importância e os efeitos adversos do tratamento, que tais efeitos são apenas fases que são necessárias serem enfrentadas como parte de estágios de enfrentamento à doença (JORDÃO, *et al.*, 2016; SILVA; NASCIMENTO JÚNIOR; RODRIGUES, 2014).

Em estudo realizado no município de Campina Grande-PB, verificou-se que a educação em saúde se mostrou como o melhor caminho para suprir as deficiências de conhecimento das gestantes soropositivas, sendo apontados os Grupos de Gestantes como importante ferramenta para troca de informações entre profissionais e pacientes, como também entre as próprias participantes (LIMA *et al.*, 2011).

Apesar disso, foi verificado que o trabalho educativo está focalizado no fornecimento de informações durante a consulta (FELICIANO; KOVACS, 2003). A pequena oferta de atividades educativas no pré-natal e o "monólogo tecnocrático" que predomina nas relações entre usuárias e serviços de saúde têm repercussões negativas na vulnerabilidade da população feminina e de seus filhos (MAHMOUD; NASR, 2007). Outro estudo também evidenciou essa dificuldade, relatando serem necessárias melhorias na qualidade do aconselhamento em saúde (SILVA; ALVARENGA; DUPAS, 2014).

Ratificando esses resultados, estudo que buscou identificar as concepções e a prática da promoção da saúde da equipe multidisciplinar em serviço de atendimento especializado em HIV/aids. Dentre as ações realizadas houve destaque à educação em saúde tradicional, baseada na aquisição de conhecimentos relativos à doença para a mudança de estilos de vida considerados não saudáveis. Porém, as atuais demandas de saúde requerem mudanças desses paradigmas tanto nos serviços quanto na educação e ensino dos profissionais que irão atuar nesses serviços (LIMA *et al.*, 2011).

Ressalta-se também as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde para a realização das práticas educativas, dentre elas destacam-se a carga de trabalho, recursos, atualização científica, e também a necessidade de se ajustar às mudanças frequentes nas recomendações (FEITOSA *et al.*, 2010; FADNES, 2010). No entanto, os enfermeiros que estão adequadamente treinados e capacitados em educar em saúde no contexto da transmissão vertical do HIV podem desempenhar papel fundamental na prestação de serviços de sucesso (MOORE *et al.*, 2008).

Muitos fatores culminam com a fragilidade de propostas consistentes de reorganização das práticas assistenciais no campo da promoção da saúde, como dificuldades para trabalhar a instância coletiva via implementação dos grupos de autoajuda, bem como a deficiência da infraestrutura e de recursos humanos dos serviços, além das próprias dificuldades relacionadas à motivação do cliente infectado pelo HIV como responsável pela sua saúde, em virtude de sua dificuldade em aceitar a doença, do caráter crônico e das repercussões do estigma e preconceito ainda fortemente atrelados à infecção. As questões de vulnerabilidade, sobretudo a pauperização, a baixa escolaridade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, também foram mencionadas. Torna-se necessário avançar nas propostas do sistema de saúde que expressam uma visão ampliada de saúde, de modo que o atendimento não se detenha apenas aos aspectos de cura e prevenção das doenças, mas vá além no campo da promoção da saúde. Para tanto, faz-se pertinente a mudança de atitude dos profissionais por meio de processos de educação continuada, treinamento e novos processos organizacionais de trabalho (LIMA *et al.*, 2011).

Quatro estudos (OMWEGA; OGUTA; SEHMI, 2006; MAHMOUD *et al.*, 2007; BOATENG; KWAPONG; AGYEI-BAFFOUR, 2013; BYAMUGISHA *et al.*, 2010) tinham também dentre seus objetivos avaliar o conhecimento materno sobre a transmissão vertical do HIV. Dois deles mostraram que o conhecimento das mulheres ainda é baixo, enquanto os outros dois estudos revelaram conhecimento adequado das mães, podendo, porém, ser aumentado. Apesar disso, todos os estudos reforçaram a importância de intervenções educativas para aprimorar o conhecimento acerca da transmissão vertical e a adesão à profilaxia da transmissão vertical.

Em contrapartida aos estudos que encontraram conhecimento adequado das mulheres, em duas pesquisas recentes que tiveram como objetivo analisar o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV verificou-se que as mães possuem déficit de conhecimento no que diz respeito à TV. Entretanto, ambas corroboram com os quatro estudos desta revisão de que a educação em saúde deve ser uma ferramenta importante a fim de aprimorar esse conhecimento (ARRUDA *et al.*, 2016; JORDÃO *et al.*, 2016).

Diante desses resultados, torna-se premente o desenvolvimento de ações educativas e de saúde imbricadas em uma política pública reconhecidamente eficaz

(PADOIN *et al.*, 2011), a fim de potencializar as práticas educativas dentro da perspectiva da transmissão vertical do HIV com vistas à promoção da saúde do binômio mãe-filho.

#### **4.1.2 Utilização de tecnologias educativas duras para prevenção da transmissão vertical do HIV**

Em relação aos quatro estudos que utilizaram a tecnologia dura como ferramenta de educação em saúde para profilaxia da transmissão vertical do HIV, o vídeo (KUHLMANN *et al.*, 2008), o uso de uma série de rádio (MAHMOUD *et al.*, 2007), telefone (JENNINGS *et al.*, 2013) e o uso de SMS (DEAN *et al.*, 2012) foram relatados. Porém, outros tipos de tecnologias duras como materiais educativos impressos, software ou uso de escalas não foram mencionados em nenhum dos estudos encontrados na revisão.

No estudo de Murdaugh, Russell e Sowell (2000) teve-se como objetivo desenvolver um vídeo educativo de orientações para mulheres HIV positivas sobre os cuidados na gravidez e uso de antirretrovirais, utilizando a metodologia de grupo focal. O estudo revelou que as informações obtidas a partir dos grupos focais foram utilizadas com sucesso para desenvolver um vídeo a ser utilizado em um estudo clínico multicêntrico.

O vídeo educativo merece destaque como uma tecnologia dura que pode ser utilizada nas atenções primária, secundária e terciária. É um método de ensino-aprendizagem lúdico que, além de possibilitar a disseminação rápida da informação, pode ser facilmente disponibilizado para alcançar qualquer pessoa, independente da classe social ou do nível educacional. Além disso, essa ferramenta possibilita a estimulação do pensamento crítico e o desenvolvimento de competências e habilidades nos indivíduos por ele atingidos (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Um estudo de revisão sobre os tipos de tecnologias que o enfermeiro tem desenvolvido para a promoção do aleitamento materno verificou que dentre os tipos de tecnologias duras desenvolvidas a que mais se destacou foi o uso de vídeo/filmagem (JOVENTINO, *et al.* 2011), revelando que esse tipo de tecnologia é bem utilizada dentro das práticas educativas.

Em ensaio clínico randomizado controlado que buscou avaliar os efeitos de um vídeo educativo sobre a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil evidenciou que o vídeo teve um efeito significativo na autoeficácia materna, o que demonstra a eficácia da utilização desse tipo de tecnologia (JOVENTINO *et al.*, 2017).

O segundo estudo dessa categoria (MURDAUGH; RUSSELL; SOWELL, 2000) avaliou a associação entre a exposição a uma série de drama de rádio de longa duração que incentiva o uso do programa de prevenção da transmissão vertical do HIV e a testagem do HIV durante a gravidez. Foi evidenciado no estudo que, juntamente com outros elementos de apoio, os dramas de série de rádio podem contribuir para a prevenção do HIV, tratamento e cuidados iniciais da infecção.

As duas últimas pesquisas dessa categoria buscaram investigar a viabilidade do uso do celular como meio de promoção da prevenção da TV do HIV, sendo ambos os resultados das pesquisas favoráveis ao uso desse meio de tecnologia.

Uma revisão sistemática (DELPHINO; SOUZA; SANTANA, 2016) acerca do "acompanhamento por telefone" como intervenção de enfermagem no pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia de facectomia evidenciou a necessidade de aumento da produção de pesquisa sobre a temática na área da enfermagem e em nosso contexto sociocultural. Além disso, observou que o uso do telemonitoramento pode ser considerado uma alternativa viável e de baixo custo para continuidade dos cuidados pós-operatórios em seus domicílios.

É importante destacar que novas tecnologias estão chegando ao setor de saúde e imprimem mudanças nas atribuições das diversas categorias profissionais. Nesse contexto, a Enfermagem precisa atualizar os conhecimentos e incorporar tais avanços em sua prática. Entre as múltiplas atuações do enfermeiro, podem ser destacadas as ações promotoras à saúde, visando à qualidade de vida dos portadores do HIV (ROCHA *et al.*, 2008). Assim, torna-se imperativo que os enfermeiros busquem o desenvolvimento de novas tecnologias para aprimoramento da sua prática no contexto da transmissão vertical do HIV, principalmente no que concerne à garantia da autonomia das mulheres soropositivas ao HIV.

Reconhecendo, pois, o que tem sido produzido a nível nacional e internacional acerca das práticas e tecnologias educativas para prevenção da

transmissão vertical do HIV é possível identificar em qual vertente há maior carência de ações do enfermeiro, que tipo de tecnologia tem sido elaborado e quais suas falhas e êxitos relatados, bem como novas perspectivas a partir desses resultados começam a surgir. Com esta revisão integrativa, é possível ainda verificar o que tem sido sugerido pela literatura para aperfeiçoamento das práticas educativas, possibilitando um melhor direcionamento de novos estudos e oferecendo maior embasamento científico para trilhar um caminho metodológico mais seguro.

Desta feita, essa revisão permite a incorporação das evidências na prática clínica de forma clara e compendiada, a partir da síntese dos resultados das pesquisas encontradas, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento e para a melhoria das práticas educativas acerca da transmissão vertical do HIV.

Pode-se inferir como limitação da revisão a pequena diversidade de tecnologias educativas encontradas, somado à presença de estudos metodologicamente limitados e com baixo nível de evidência dificultaram a avaliação da eficácia das intervenções utilizadas. Além disso, houve uma amostra de estudos muito diferenciados para permitir comparações, dificultando a categorização e um número reduzido de pesquisas sobre tecnologias educativas dentro da temática limitaram a discussão com artigos semelhantes. Espera-se, com esta revisão integrativa, incentivar a realização de mais pesquisas nessa área, além de encorajar a elaboração de novas tecnologias educativas.

Diante de tais resultados, surgiu a necessidade de realizar uma nova revisão, porém dessa vez voltada para investigar a eficácia das tecnologias educativas elaboradas, como forma de complementar a revisão integrativa apresentada.

## 4.2 Efetividade de tecnologias educativas para promoção da saúde no contexto da transmissão vertical do HIV: revisão sistemática

Para a revisão sistemática realizada, seguiram-se as etapas propostas pelas Diretrizes Metodológicas para a Elaboração de Revisões Sistemáticas e Metanálises de Ensaios Clínicos Randomizados (BRASIL, 2012): definição da questão de pesquisa no formato PICO (QUADRO 3), definição dos critérios de elegibilidade, justificativa para a revisão sistemática, busca de potenciais estudos elegíveis e avaliação da elegibilidade dos estudos (triagem dos estudos por resumo e título, e posteriormente pela leitura do texto completo).

Quadro 3 – Elementos da estratégia PICO. Fortaleza-CE, Brasil, 2018

P	População – mulheres com HIV;
I	Intervenção – intervenção educativa com material educativo impresso;
C	Comparação - atendimento habitual do serviço ou apenas o não recebimento da intervenção;
O	Desfecho – melhora do conhecimento e/ou da adesão aos cuidados para prevenção da TV-HIV preconizados no local de estudo.

Fonte: dados da pesquisa.

Os critérios de elegibilidade estabelecidos para os estudos da busca foram: serem artigos de pesquisa em que o objetivo era investigar os efeitos de intervenções educativas com material educativo impresso para melhora do conhecimento e/ou da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV; estar publicado em inglês, português ou espanhol, e ter nível de evidência 1 ou 2. Como critério de exclusão: relatos de casos, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais, e artigos repetidos nas bases de dados. Não houve restrições ao ano de publicação.

Os artigos foram classificados como nível de evidência 1, nos casos de revisões sistemáticas ou metanálises de ECR controlados relevantes ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ECR controlados, e de nível 2, as evidências que foram derivadas de pelo menos um ECR controlado bem delineado (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Os estudos foram identificados por meio de estratégia de busca adaptada para cada base eletrônica de dados. A busca dos estudos foi realizada de forma independente e concomitante por dois pesquisadores no período de julho de 2018. Essa busca ocorreu em bases de dados relevantes e de impacto para o contexto da saúde, pré-determinadas pelo pesquisador principal, sendo elas: Cochrane, PubMed, CINAHL, LILACS e SCOPUS.

Utilizaram-se os seguintes termos de busca no PubMed e adaptou-se a estratégia para as outras bases de dados, sendo utilizados os descritores controlados presentes no MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings): (“Infectious Disease Transmission, Vertical” OR “Vertical Transmission of Infectious Disease” OR “Vertical Infection Transmission” OR “Vertical Infectious Disease Transmission” OR “Maternal Fetal Infection Transmission” OR “Mother to Child Transmission”) AND “HIV” AND (“Clinical Trial” OR “Intervention Study” OR “Validation studies” OR “Evaluation studies”). Na base LILACS foram usados os descritores do DeCS: “Infectious Disease Transmission, Vertical”, “HIV” e “Clinical Trial”, com o operador booleano AND.

Na fase 1, dois investigadores examinaram de forma independente os títulos e resumos de estudos potencialmente relevantes e artigos selecionados que pareciam cumprir os critérios de inclusão, baseados em seus resumos. Na fase 2, os mesmos revisores leram o texto completo de todos os artigos selecionados de forma independente e excluíram os estudos que não cumpriam os critérios de inclusão.

Qualquer discordância, seja na primeira ou na segunda fase, foi resolvida mediante discussão e concordância entre os dois. No caso de não conseguir alcançar um consenso, um terceiro investigador foi envolvido para tomar uma decisão final. Os estudos que foram excluídos depois da avaliação do texto completo e os motivos da exclusão estão listados no Quadro 4.

Quadro 4 – Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados PubMed, Scopus, CINAHL COCHRANE e LILACS, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza-CE, Brasil, 2018

Busca e seleção dos artigos	PUBMED	SCOPUS	CINAHL	COCHRANE	LILACS	Total
Produção encontrada	615	946	31	7	1	1600
Duplicidade	8	10	0	0	0	18
Não se enquadra como artigo de pesquisa completo	50	92	12	0	0	154
Outros idiomas	5	21	0	0	0	26
Não possui nível de evidência 1 ou 2	308	81	6	0	0	395
Não aborda a temática do estudo	227	696	3	2	1	929
Não usou intervenção educativa com material educativo impresso	17	46	10	5	0	74
<b>TOTAL SELECIONADO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Assim, a partir do Quadro 4 verifica-se que, mesmo com ampla busca na literatura internacional, não foi encontrado nenhum estudo com nível de evidência 1 ou 2 acerca de intervenções educativas utilizando material educativo impresso para a prevenção da TV-HIV, o que reforça a originalidade e a necessidade da realização de estudos com elevado nível de evidência acerca da temática.

Espera-se, com a apresentação de tais revisões, incentivar a realização de mais pesquisas nessa área, além de encorajar a elaboração de novas tecnologias educativas e testar a eficácia das que foram elaboradas a fim de implementá-las na prática clínica. Por fim, recomenda-se o desenvolvimento de estudos com desenhos metodológicos de maior nível de evidência, contribuindo, dessa forma, para prática em saúde consolidada e baseada em evidências.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo do estudo

Trata-se de um Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC), que consiste em um estudo experimental, no qual o investigador aplica uma intervenção e observa os seus efeitos sobre um desfecho, podendo, dessa forma, demonstrar causalidade (HULLEY et al., 2008).

Este estudo contém os três critérios necessários para ser classificado como experimental: manipulação (o experimentador faz alguma intervenção direcionada aos participantes do estudo); controle (o experimentador introduz controles sobre a situação experimental, incluindo o uso do grupo controle/comparação) e a randomização (o experimentador designa aleatoriamente os participantes para os grupos controle/comparação e experimental) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; CULLUM *et al.*, 2010).

Nesta pesquisa, foi aplicada a cartilha elaborada e validada em estudo prévio (cartilha educativa “Como prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho?: fique por dentro!”) (APÊNDICE A) e foi testada sua eficácia sobre a adesão aos cuidados e conhecimento acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV de mulheres soropositivas.

Os delineamentos intergrupos caracterizam-se por um grupo que recebe uma intervenção a ser testada e outro grupo que recebe o tratamento não-ativo ou um tratamento de comparação (HULLEY et al., 2008). Dessa forma, para avaliar a eficácia da cartilha supracitada, houve a comparação entre dois grupos, nos quais seus participantes foram distribuídos de forma randomizada, conforme melhor explicitado adiante.

Tendo em vista que o rigor científico é imprescindível para garantir o fornecimento de informações válidas e confiáveis relativas ao problema em questão foram adotados para a descrição metodológica e dos resultados os pressupostos do enunciado CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*). O CONSORT consiste em um conjunto de critérios que auxilia os autores a aperfeiçoar a descrição de seus achados a partir do emprego de uma lista de checagem de 22 itens e um

diagrama representando o fluxo dos participantes durante cada estágio do estudo (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009).

Esse enunciado facilita a interpretação crítica dos resultados, pois, permite que o leitor conheça detalhes sobre o desenho do estudo, seu modo de condução e o tipo de análise utilizada, bem como evita a omissão de possíveis erros sistemáticos que comprometeriam a validade e confiabilidade dos resultados (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009).

O site do CONSORT é constantemente atualizado. Tem todas as informações de cada extensão (tipo) adaptada para diferentes desenhos metodológicos. Para este estudo foi utilizado o CONSORT para Intervenções Não-Farmacológicas que leva em consideração aspectos específicos tais como dificuldade de cegamento, complexidade da intervenção e a influência da experiência do investigador e o volume de cuidado dos centros onde os dados serão coletados sob o efeito do tratamento (BOUTRON *et al.*, 2008). Essa extensão deve ser utilizada para estudos envolvendo cirurgias, reabilitação, psicoterapia, intervenções comportamentais entre outros tipos de estudos.

Este estudo foi registrado na base de dados de Registro de Ensaio Clínicos Brasileiros (ReBEC), permitindo a sua divulgação de maneira pública e reduzindo o viés da publicação (ReBEC: UTN: U1111-1191-9954).

## **5.2 Local da pesquisa**

Realizou-se o estudo em três maternidades públicas pertencentes à rede municipal, estadual e federal localizadas na cidade de Fortaleza-CE, respectivamente: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), as quais apresentam as seguintes características: têm serviço estruturado de pré-natal de gestantes de alto risco, dentre elas as soropositivas para o HIV; são referências para o atendimento de gestantes vivendo com HIV oriundas da capital e do interior do estado e constituem duas delas hospitais de nível terciário e um secundário.

Os pré-natais de alto risco com gestantes HIV positivas ocorriam segundas-feiras à tarde no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana; inicialmente nas segundas-feiras e quintas-feiras pela manhã na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com três meses do início da coleta passou a ocorrer apenas na segunda pela manhã; e de segunda a sexta manhã e tarde no Hospital Geral de Fortaleza, não havendo um dia da semana específico para esse tipo de atendimento.

A escolha por tais locais se deu por serem serviços de referência no estado no atendimento dessa clientela e por terem maior fluxo de atendimentos das gestantes HIV positivas.

### 5.3 População e amostra

#### 5.3.1 Descrição

As pacientes elegíveis foram as gestantes vivendo com HIV que estivessem realizando o pré-natal nas instituições supracitadas.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes **critérios**:

- **Inclusão**: - ter soropositividade comprovada para o HIV;
  - estar realizando o pré-natal nas instituições escolhidas durante o período de coleta de dados do estudo;
- **Exclusão**: - apresentar estado de saúde físico ou mental comprometido de modo a inviabilizar a coleta de dados;
  - gestantes moradoras de rua e encarceradas, de modo que o acompanhamento da mãe fosse inviabilizado;
  - gestantes portadoras de deficiência auditiva;
- **Descontinuidade**: - desistência de participar da pesquisa após início da coleta de dados;
  - mulher parir antes da segunda avaliação;
  - mãe vir a óbito ou abortar nesse período;
  - mulher que não retorne ao serviço após a linha de base ou mude de telefone, de forma que inviabilize o contato posterior;

- não atender às ligações telefônicas após três tentativas em dias consecutivos e horários distintos ou não retornar ao serviço para segunda avaliação no prazo de 7-15 dias após a linha de base;
- criança exposta ao HIV que permaneça em cuidados hospitalares por período superior a 30 dias após o parto.

Assim, por se tratar de uma amostra rara, ou seja, gestantes que vivem com HIV, além de ser um ensaio clínico pioneiro para avaliação da efetividade de tecnologia educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV, não foi realizado cálculo amostral.

Destarte, a amostra do estudo foi composta por todas as gestantes soropositivas que estavam realizando o pré-natal nas instituições escolhidas durante o período de coleta de dados da pesquisa, que atenderam aos critérios pré-estabelecidos, que aceitaram participar do estudo e que completaram o seguimento. Ao final, obteve-se 45 mulheres, sendo 24 no Grupo de Intervenção (GI) e 21 no Grupo Controle (GC).

### **5.3.2 Grupos**

A amostra foi alocada randomicamente em dois grupos: controle e intervenção.

- Grupo Controle: as gestantes que participaram do grupo controle receberam atendimento habitual do serviço de pré-natal para gestação de alto risco, conforme a rotina de cada instituição.
- Grupo Intervenção: as gestantes inclusas nesse grupo tiveram acesso à cartilha – “Como prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho? Fique por dentro!” (LIMA, 2014) - construída e validada previamente como estratégia para prevenção da transmissão vertical do HIV.

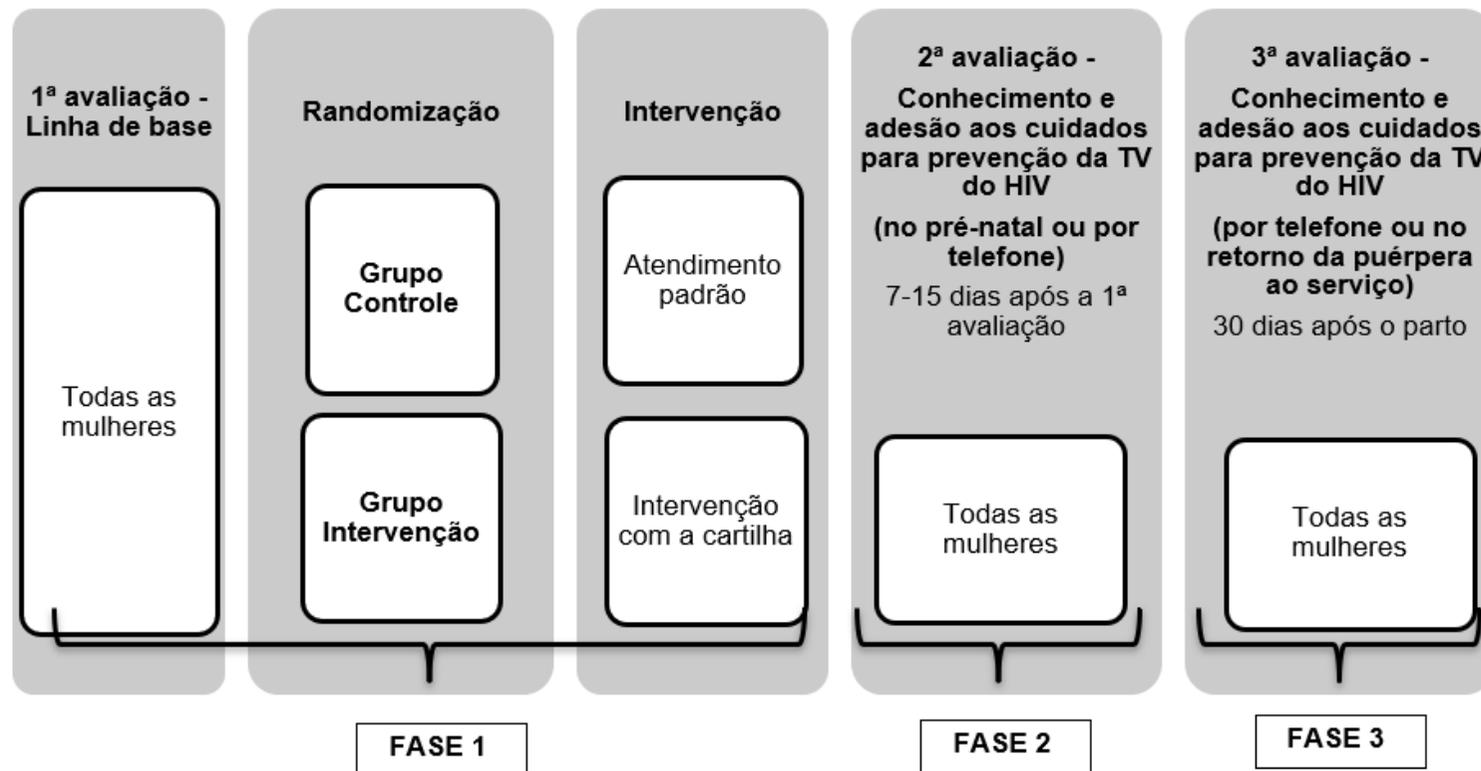
## **5.4 Coleta de dados**

### **5.4.1 Etapas do ECR**

A coleta foi dividida em três fases (Linha de Base+Randomização+Intervenção, Avaliação 2 e Avaliação 3), conforme fluxograma mostrado na Figura 1.

O período total de coleta de dados se deu entre janeiro de 2017 a maio de 2018, sendo o período de recrutamento das gestantes na linha de base de janeiro/2017 a outubro/2017 e o acompanhamento para as avaliações posteriores de janeiro de 2017 a maio de 2018.

Figura 1 – Fluxograma metodológico do ECRC



Fonte: dados da pesquisa.

As gestantes que atenderam aos critérios de seleção da amostra foram convidadas a participarem do estudo, devendo assinar o TCLE (APÊNDICE B e C). Na primeira avaliação, linha de base, foi aplicado o instrumento de coleta - Formulário de avaliação da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação – linha de Base (APÊNDICE D) - para todas as gestantes, independente de pertencer ao grupo controle ou intervenção, no local da consulta de pré-natal de alto risco.

Em seguida, houve a randomização dos grupos, conforme será explicitado em seguida. No mesmo dia, as mulheres que pertenciam ao grupo intervenção dirigiam-se a um local reservado, antes ou após a consulta de pré-natal, onde um pesquisador a estava aguardando com a cartilha para a intervenção educativa, como será melhor descrito posteriormente. Enquanto isso, o grupo controle apenas recebeu o atendimento habitual do serviço de pré-natal.

A segunda avaliação da coleta de dados aconteceu entre 7 e 15 dias após a primeira avaliação por telefone ou durante o dia agendado da consulta subsequente à da primeira avaliação, a fim de investigar os cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV ainda durante o período gestacional. Nessa etapa, foi aplicado um novo instrumento de coleta - Formulário de avaliação da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação – avaliação 2 (APÊNDICE E) para ambos os grupos.

A terceira avaliação aconteceu 30 dias após o parto. O período de 30 dias justifica-se devido ao tempo preconizado para uso do xarope de AZT pela criança exposta ao HIV ser durante 4 semanas após o nascimento, podendo-se avaliar a efetividade do uso da medicação, conforme orientado na intervenção educativa.

Nessa etapa, a coleta se deu por meio de telefone ou durante a consulta de revisão de parto. Em tal avaliação, um novo instrumento de coleta foi aplicado - Formulário de avaliação da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV no pós-parto – avaliação 3 (APÊNDICE F) para ambos os grupos. A coleta por contato telefônico também se tem mostrado como um meio eficaz para obtenção dos dados em estudos (DODT, 2011; JOVENTINO, 2013; TELES *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que a periodicidade das consultas de pré-natal nos serviços de coleta do estudo é agendada conforme a idade gestacional da paciente: até 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente. Por isso, foi colocado o prazo para coleta da avaliação 2 entre 7 e 15 dias, a fim de ser dada maior chance de contato com a paciente. Com 7 dias, verificava-se se a gestante retornava ao serviço para consulta, caso não, era realizado o telefonema com até três tentativas em dias e horários diferentes, e, em último caso, constatava-se se a paciente retornava ao serviço com 15 dias após a linha de base, dependendo do agendamento de sua consulta.

No intuito de haver um melhor controle quanto às datas para seguimento das mulheres tanto do grupo controle quanto intervenção, foi elaborada uma planilha de acompanhamento das etapas do estudo (APÊNDICE G).

#### **5.4.2 Randomização da amostra e cegamento**

As pacientes elegíveis que atenderam aos critérios pré-estabelecidos e que aceitaram participar do estudo foram randomicamente alocadas nos grupos.

A randomização verdadeira ocorre quando o indivíduo é assinalado para um grupo com base no acaso, ou seja, tem igual chance de ser distribuído para qualquer um dos grupos de comparação (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009).

A randomização foi feita em blocos (*block randomization*), a qual se caracteriza pela formação de blocos de número fixo de indivíduos, de igual tamanho, dentro dos quais são distribuídos os tratamentos em questão, bloco por bloco, até que termine o processo de alocação dos participantes da pesquisa. Tem a vantagem de conferir um número igual de participantes nos grupos de estudo e controle, mesmo que o ensaio seja interrompido antes do final previsto. É útil também em estudos com número reduzido de pacientes, pois a randomização simples feita a partir de uma tabela de números aleatórios só garante a homogeneidade entre os grupos quando há um grande número de participantes a serem randomizados (HULLEY *et al.*, 2008).

Foi gerado previamente, uma tabela com sequência de números randomizados tanto para o grupo controle quanto para o grupo intervenção em blocos de 10 mulheres para cada grupo, utilizando um programa de computador através do

site [www.randomizer.org](http://www.randomizer.org)., de forma que a alocação das participantes nos grupos foi aleatória, e não determinística. Assim, após a coleta de dados com as mulheres da linha de base, o responsável pela randomização sorteava um número contido dentro de um envelope opaco e tal número sorteado correspondia a um dos grupos controle (que foi chamado de grupo amarelo) ou intervenção (grupo laranja). A seguir, a cor do grupo ao qual a paciente pertencia era marcada de caneta no seu kit com os instrumentos de coleta e na planilha de acompanhamento do estudo.

O cegamento consiste em manter a intervenção assinalada desconhecida pelos participantes, profissionais de saúde que administram a intervenção e aqueles coletando os dados clínicos e analisando os resultados (MARTINS; SOUSA; OLIVEIRA, 2009).

Neste estudo, houve cegamento apenas dos pesquisadores responsáveis pelas avaliações de seguimento, pela digitação do banco de dados e do estatístico. A autora contou com a contribuição de participantes do núcleo de pesquisa do qual faz parte, de forma que estes participassem das diferentes etapas citadas, viabilizando o cegamento desses pesquisadores. Todavia, nem as mulheres participantes do estudo, nem os pesquisadores responsáveis pela aplicação da intervenção e randomização puderam ser cegos, pois se trata de uma intervenção educativa.

#### **5.4.3 Operacionalização da coleta de dados**

Devido à grande quantidade de dados a serem coletados e visando padronizar as informações, bem como minimizar possíveis vieses foram realizados treinamentos com a equipe responsável pela coleta de dados e pela aplicação da intervenção. Vale ressaltar ainda que as etapas do estudo foram implementadas por pessoas diferentes, sendo mantidas “cegas” quanto às demais fases. Para tanto, a equipe envolvida no estudo, atuou da seguinte forma:

- a) 1ª Avaliação (linha de base): três integrantes (I1, I2 e I3) do núcleo de pesquisa já treinados ficaram responsáveis pela aplicação do instrumento;
- b) randomização e intervenção: outros dois integrantes (I4 e I5) fizeram a randomização da amostra, conforme explicitado anteriormente, e

- identificaram os instrumentos utilizando etiquetas diferenciadas por cor (laranja e amarelo), a que grupos pertencem. Após a randomização, houve a aplicação da intervenção aqui proposta;
- c) 2ª e 3ª Avaliação: foram realizadas pelos mesmos integrantes (I1, I2 e I3) já treinados que aplicaram a 1ª avaliação;
  - d) digitação no banco de dados: foi realizada pelo I1, utilizando para identificação dos grupos a cor da etiqueta presente no instrumento;
  - e) análise dos dados: foi realizado por um estatístico (I6) independente que não tinha conhecimento de quais pacientes compuseram cada grupo (Intervenção e Controle).

#### **5.4.4 Instrumentos de coleta de dados**

Após intensa busca na literatura, não foi encontrado nenhum instrumento específico para avaliação da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação, parto e após o parto. Nesse sentido, de forma a atender aos objetivos propostos desta pesquisa e de tornar mais consistente a metodologia proposta neste estudo, foram elaborados três instrumentos próprios e implementados nas etapas deste ECRC. Os mesmos passaram por processo de validação de aparência e conteúdo com juízes especialistas na área temática antes de serem aplicados.

A validação contou com três enfermeiras, doutoras, com experiência na área de estudo, as quais avaliaram os instrumentos, sugeriram mudanças, que foram acatadas e resultaram nos instrumentos utilizados neste ECR (APÊNDICES D, E e F).

Como preconizado por Martins, Sousa e Oliveira, (2009), a mensuração das variáveis deve priorizar a utilização de escalas e instrumentos validados, o que garante a qualidade das medidas. Após a validação dos instrumentos, as pessoas envolvidas na coleta de dados foram treinadas pela pesquisadora principal de forma a garantir sua correta utilização.

O primeiro instrumento aplicado na linha de base a todas as gestantes do grupo controle e intervenção, denominado **Formulário de Avaliação da Adesão aos Cuidados para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV na Gestação – linha**

**de Base** (APÊNDICE D), contém a primeira parte destinada aos dados sociodemográficos e história sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV das gestantes, a segunda parte referente ao conhecimento sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV e a terceira parte avalia a adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação.

Na parte 2 desse primeiro formulário, foram realizadas 16 perguntas abertas às gestantes. Para cada cuidado mencionado como conhecido desde a gestação, parto e pós-parto foi atribuído um ponto. Ao final, foi somada a pontuação, que podia variar de 0 a 16 pontos. Dessa forma, foi investigado o conhecimento prévio das gestantes, a fim de comparar o conhecimento antes e após a intervenção com a cartilha.

A parte 3 desse instrumento contém o foco principal da avaliação, a qual se refere à adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação. As gestantes foram indagadas quanto aos cuidados que elas vêm realizando na gravidez para prevenir a transmissão vertical e de acordo com cada cuidado citado foi atribuído uma pontuação específica. Vale ressaltar que cada um dos cuidados avaliados são os abordados na cartilha educativa em estudo (uso da terapia antirretroviral, comparecimento às consultas, realização de exames periódicos, alimentação saudável, realização de exercícios físicos, evitar fumo, álcool e drogas e uso de preservativo durante as relações sexuais). Procurou-se ponderar a pontuação de acordo com a importância de cada cuidado realizado. Ao final, foram somados os pontos que podia variar de 0 a 19 pontos. O tempo médio de duração da avaliação 1 foi de 15 minutos.

Outro instrumento foi aplicado na segunda avaliação a todas as gestantes do grupo controle e intervenção, denominado **Formulário de avaliação da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação – avaliação 2** (APÊNDICE E), tem a mesma estrutura (parte 1, parte 2 e parte 3) do primeiro instrumento e perguntas similares, diferenciando-se por não conter algumas questões que seriam repetitivas e sendo acrescentados novos dados para atualização da história reprodutiva das gestantes. As partes 2 e 3 do Apêndice E são iguais ao da primeira avaliação, visto que a mulher encontra-se gestante durante essas duas avaliações. O tempo médio de duração da avaliação 2 foi de 8-10 minutos.

O último instrumento, que foi aplicado na terceira avaliação a todas as gestantes do grupo controle e intervenção, denominado **Formulário de avaliação da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV no pós-parto– avaliação 3** (APÊNDICE F), também é dividido em Partes 1, 2 e 3. A parte 1 aborda novas questões da história reprodutiva e da infecção pelo HIV das mulheres, constando informações referentes ao parto, pós-parto e da criança. A parte 2 é igual aos outros instrumentos e a parte 3 avalia os cuidados para prevenir a transmissão vertical do HIV realizados durante o pós-parto. Igualmente, mediante perguntas e para cada cuidado é atribuído uma pontuação, que podia variar de 0-11 pontos. Ao final, chegou-se a uma pontuação total que serviu de base para as análises dos dados. O tempo médio de duração da avaliação 3 foi de 7-9 minutos.

#### **5.4.5 Implementação da intervenção educativa**

A intervenção educativa ocorreu em um único encontro, após a coleta de dados da linha de base e randomização, de forma individual e aplicada pela pesquisadora principal ou por uma enfermeira integrante da equipe de pesquisa devidamente treinada, com duração em torno de 15-20 minutos.

A forma individual da abordagem ocorreu visto que as pacientes com HIV carregam consigo estigmas e dessa forma intenciona-se preservar sua intimidade e identidade, e minimizar constrangimentos. Para tanto, foi reservado um local apropriado em cada instituição envolvida no estudo na qual a gestante estava realizando o acompanhamento pré-natal de risco, garantindo sua privacidade.

Para a implementação da intervenção, foi utilizada a cartilha “Como prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho? Fique por dentro!” elaborada e validada em estudo prévio (LIMA *et al*, 2017). Durante a intervenção educativa, inicialmente, realizou-se a apresentação da cartilha e a finalidade da mesma, sendo acordada a possibilidade de interrupção no caso de dúvidas ou para a realização de eventuais colocações. Em seguida, procedeu-se a leitura conjunta da cartilha com a gestante. Esse mesmo tipo de abordagem educativa já foi implementada em ensaio clínico com material educativo impresso, obtendo-se resultados positivos na intervenção (TELES *et al.*, 2018).

A intenção da leitura conjunta da cartilha, sem uma intervenção educativa mais elaborada, justifica-se pelo fato de buscar-se avaliar o efeito da cartilha de forma isolada e não atrelada à intervenção do pesquisador, visto que testar a eficácia da cartilha é o objetivo principal do estudo.

A cartilha utilizada tem 28 páginas, sendo composta por figuras e linguagem atrativas, de fácil compreensão e condizentes com o contexto cultural do público-alvo, além de ser um material direto, simples e não cansativo para as gestantes, atingindo seu objetivo de ser autoexplicativa, conforme avaliação feita por elas mesmas. Em seu conteúdo são abordadas informações básicas quanto ao HIV e os principais cuidados preconizados para prevenção da transmissão vertical desse vírus durante a gestação, parto e puerpério (LIMA *et al*, 2017).

A cartilha tem domínios, cujos conteúdos estão descritos a seguir (LIMA, 2014):

**Apresentação:** esse domínio teve como objetivo contextualizar a temática da cartilha;

**O que é HIV?:** é abordado o conceito do HIV;

**Como descobrir se você tem HIV?:** esse domínio se destina a esclarecer sobre o teste anti-HIV e a importância do diagnóstico precoce;

**Como se transmite o HIV da mãe para o filho?:** mostra que a transmissão vertical do HIV pode ocorrer na gestação, parto e através da amamentação;

**Cuidados no pré-natal para prevenção da transmissão vertical do HIV:** mostra a importância dos cuidados específicos na gestação: uso da medicação durante a gravidez, comparecimento às consultas pré-natal e realização de exames periódicos, manutenção de alimentação saudável e uso do preservativo nas relações sexuais, bem como a importância da manutenção de um estilo de vida saudável;

**Cuidados no parto para prevenção da transmissão vertical do HIV:** relata quanto aos tipos de parto possíveis e sobre o uso da medicação;

**Cuidados após o nascimento da criança para prevenção da transmissão vertical do HIV:** enfatiza quatro cuidados essenciais nesse período – o uso do xarope de AZT pela criança nas duas primeiras horas de vida e até completar 4 semanas de vida; a não recomendação da amamentação, do aleitamento cruzado e sobre as formas de inibir a lactação; a informação acerca do direito de a criança

exposta ao HIV receber a fórmula láctea gratuitamente até completar seis meses de idade; e a importância do acompanhamento da mãe e da criança exposta ao HIV em serviço especializado;

**Fechamento da cartilha:** esse domínio teve como objetivo concluir a cartilha, enfatizando a relevância de se seguir todas as orientações da cartilha.

As mulheres após a intervenção levaram a cartilha consigo em um envelope opaco, a fim de preservar o sigilo da soropositividade da paciente e de forma que não se sentissem constrangidas por estarem portando o material, bem como evitar que a cartilha fique à mostra para as demais gestantes que porventura fizessem parte do grupo controle. Foi solicitado à gestante que mantivesse em sigilo a cartilha recebida, não emprestando ou replicando este material.

## 5.5 Definição operacional das variáveis

### 5.5.1 Variável dependente (*desfecho*)

As variáveis dependentes consistiram no conhecimento acerca da prevenção e na adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV:

- I. **Conhecimento acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV:** Essa variável foi medida nas 3 avaliações realizadas no estudo. As perguntas foram realizadas abertamente e o pesquisador assinalava o item correspondente ao que a mãe relatava quanto ao seu conhecimento. O instrumento continha 4 perguntas para medir o conhecimento, e para cada pergunta a pontuação variava conforme mostrado a seguir. Ao final, cada cuidado assinalado como conhecido pela mãe recebeu uma pontuação e foi somado, consistindo na pontuação total de conhecimento sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV para aquela avaliação (1, 2 ou 3). O total da pontuação para cada momento da avaliação pôde variar de 0 a 16 pontos:
  - a) Já ouviu falar sobre os cuidados para prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho? 0-1 ponto,

- b) você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho na gravidez? 0-7 pontos;
- c) você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho no parto? 0-3 pontos;
- d) você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho no pós-parto? 0-5 pontos.

**II. Adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na**

**gestação:** Essa variável foi medida nas avaliações 1 e 2. As perguntas foram realizadas abertamente e o pesquisador assinalava o item correspondente ao que a mãe relatava quanto à adesão aos cuidados. O instrumento da avaliação 1 e 2 continham 10 perguntas, e para cada pergunta a pontuação variava conforme mostrado a seguir. Ao final, cada cuidado assinalado como de adesão pela mãe recebeu uma pontuação e foi somado, consistindo na pontuação total de adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV de cada avaliação. O total da pontuação para avaliação 1 e 2 pôde variar de 0 a 19 pontos:

- a) Você tem utilizado a medicação contra o HIV conforme a prescrição médica? 0-3 pontos;
- b) compareceu a todas as consultas de pré-natal agendadas até o momento? 0-2 pontos;
- c) realizou todos os exames periódicos solicitados até o momento? 0-2 pontos;
- d) como foi sua alimentação no dia anterior? 0-2,5 pontos;
- e) como você tem preparado frutas e verduras em relação à lavagem e quanto ao cozimento de carnes e verduras? 0-1,5 ponto;
- f) realiza algum exercício físico? 0-2 pontos.
- g) Desde que soube que estava grávida você fumou? 0-1 ponto
  - a) Desde que soube que estava grávida você tomou bebida alcóolica? 0-1 ponto;
  - b) desde que soube que estava grávida você usou algum tipo de droga? 0-1 ponto;

- c) desde que soube que estava grávida você teve relações sexuais? Se sim, com que frequência utilizou preservativos durante as relações?  
0-3 pontos.

**III. Adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV no pós-parto:** Essa variável foi medida na avaliação 3 de forma diferenciada (adesão aos cuidados no pós-parto). O instrumento da avaliação 3 continha 6 perguntas, e para cada pergunta a pontuação variava conforme mostrado a seguir. Ao final, cada cuidado assinalado como de adesão pela mãe recebeu uma pontuação e foi somado, consistindo na pontuação total de adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV no pós-parto. O total da pontuação para avaliação 3 pôde variar de 0-11 pontos:

- a) Você utilizou a medicação contra o HIV na criança conforme a prescrição médica por 4 semanas? 0-3 pontos;
- b) compareceu às consultas para a criança agendadas até o momento? 0-2 pontos;
- c) realizou os exames da criança solicitados pelo médico até o momento? 0-2 pontos;
- d) você amamentou seu filho? 0-2 pontos;
- e) você deixou que outra mulher amamentasse seu filho? 0-1 ponto;
- f) você deu o leite em pó para seu filho como recomendado? 0-1 ponto.

### 5.5.2 Variáveis independentes (explanatórias)

As variáveis independentes consideradas no estudo foram as variáveis sociodemográficas, variáveis sexuais e reprodutivas e variáveis da infecção pelo HIV na linha de base e na última avaliação:

#### Variáveis Sociodemográficas:

- a) Maternidade em que realiza o pré-natal: MEAC, HDGMM, HGF;
- b) idade: mensurada em anos;
- c) procedência: Fortaleza, outros municípios;
- d) escolaridade: em anos de estudo concluídos;

- e) ocupação atual: do lar/ desempregada, outras;
- f) renda familiar: em reais;
- g) número de pessoas em casa: número de pessoas;
- h) situação conjugal: casada/união estável, solteira, divorciada, viúva;
- i) raça: branca, parda, negra, outra;
- j) religião: católica, evangélica, espírita, agnóstica, testemunho de Jeová, adventista, outra.

**Variáveis sexuais e reprodutivas e variáveis da infecção pelo HIV (linha de base):**

- a) Número de consultas pré-natal: número de consultas atual;
- b) idade gestacional (IG): número de semanas atual;
- c) número de gestações: 1 gestação, 2 gestações, 3 ou mais gestações;
- d) paridade: número de partos;
- e) número de abortos: mensurado em número de gravidez interrompida;
- f) descoberta do HIV: primigesta/multigesta (durante a gravidez atual ou após gravidez anterior), multigesta (antes da gravidez anterior ou durante gravidez anterior);
- g) filho exposto ao HIV: sim, não/não sabe;
- h) diagnóstico para o HIV do filho: reagente, não reagente, em acompanhamento;
- i) sorologia do companheiro: reagente, não reagente, desconhecido;
- j) companheiro é o pai do bebê: sim, não;
- k) multiplicidade de parceiros sexuais nesta gravidez: sim, não;
- l) uso de medicação contra HIV: sim, não;
- m) desde qual IG usa a medicação contra o HIV: em semanas;
- n) recebimento de orientações: sim, não;
- o) carga viral: número de cópias do vírus;
- p) contagem de LT - CD4+: número de células;
- q) comorbidades: sim, não.

**Variáveis reprodutivas e da infecção pelo HIV (avaliação 3):**

- a) Houve rompimento da bolsa amniótica: sim, não;

- b) idade gestacional no parto: número de semanas no parto;
- c) uso da medicação contra o HIV durante o parto: sim, não;
- d) tempo de uso do AZT intraparto: em horas;
- e) tipo de parto: vaginal, cesárea;
- f) uso da medicação contra o HIV pela criança nas primeiras 24h de vida: sim, não, não sabe;
- g) enfaixamento das mamas: sim, não;
- h) uso de medicação para secar o leite materno: sim, não, não sabe;
- i) realização de laqueadura tubária: sim, não;
- j) recebimento de orientações sobre os cuidados para prevenção da transmissão do HIV para seu filho durante o pós-parto? sim, não;
- k) a criança fez o teste para diagnóstico do HIV: sim, não;
- l) carga viral no último trimestre: número de células.

## 5.6 Análise e apresentação dos dados

Após a fase de obtenção dos dados e identificação das variáveis do estudo, estas foram tabuladas no Excel e exportadas para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.0, *software* utilizado para o processamento dos dados nas fases exploratória e inferencial.

A fase exploratória utilizou elementos da estatística descritiva a partir do tipo de variável analisada. No caso das variáveis numéricas, levaram-se em consideração as medidas de tendência central (média, mediana ou quartis) e dispersão (desvio-padrão). No caso das categóricas, foram realizados os cálculos das frequências simples e percentuais.

Para a decisão da melhor medida a ser utilizada no caso das variáveis numéricas, estas foram submetidas ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) ou Kolmogorov Smirnov ( $n \geq 50$ ) para verificar se a sua distribuição era normal (simétrica, paramétrica) ou não (assimétrica, não-paramétrica). A distribuição foi considerada normal quando o p-valor dos testes foi maior ou igual a 0,05.

No que se refere à fase inferencial, inicialmente foram desenvolvidas as análises bivariadas para homogeneidade, comparação intergrupo (intervenção x controle) e comparação intragrupo (antes e depois). Na análise bivariada, foram utilizados os seguintes testes, conforme o tipo de variável e sua normalidade como consta no Quadro 5:

Quadro 5 – Estratégias de análise bivariada possíveis para a relação intergrupo e intragrupo

<b>Tipo de variável</b>	<b>Teste paramétrico</b>	<b>Teste não-paramétrico</b>
<b>Catégorica x Catégorica</b>	-	Qui-quadrado de <i>Pearson</i> , Razão de verossimilhança*
<b>Catégorica (até 2 catégorias) x Numérica (não-pareada)</b>	T de <i>Student</i> para amostras independentes	U de <i>Mann-Whitney</i>
<b>Catégorica (mais de 2 catégorias) x Numérica</b>	ANOVA	-
<b>Numérica x Numérica</b>	Correlação de <i>Pearson</i>	Correlação de <i>Spearman</i>
<b>Numérica x Numérica (dados pareados)</b>	T de <i>Student</i> para amostras pareadas	Wilcoxon para dados pareados

Fonte: dados da pesquisa.

\* Testes também utilizados para homogeneidade.

No que concerne à homogeneidade das características entre o grupo intervenção e controle, foram utilizados os testes para homogeneidade conforme tipo de variável (Quadro 5). Os grupos foram considerados homogêneos quando p-valor  $\geq 0,05$ . Já para confirmação da heterogeneidade, em todos os casos foi considerado o nível de significância de 5% (p-valor  $< 0,05$ ).

Em uma etapa posterior, verificaram-se os possíveis fatores associados ao conhecimento e a adesão aos cuidados, levando-se em consideração a análise bivariada a depender do tipo de variável, conforme Quadro 5 e multivariada na linha

de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto. Na análise multivariada, procedeu-se à regressão linear múltipla, tendo em vista que os desfechos do estudo (conhecimento e adesão aos cuidados) eram variáveis numéricas. Pelo método passo a passo (*stepwise*), verificaram-se quais variáveis analisadas no estudo contribuíram substancialmente para prever o conhecimento e cuidados ao nível de significância  $p$ .

Com vistas a determinar quais variáveis eram importantes para o modelo e encontrar a contribuição individual de cada predictor, fez-se a regressão com os previsores sociodemográficos e gineco-obstétricos.

Para o modelo inicial da regressão (*stepwise*), selecionaram-se todas as variáveis predictoras com  $p$ -valor  $< 0,20$ , as quais foram inseridas na regressão uma a uma, levando-se em consideração a estatística  $t$  mais alta para a ordenação de entrada no modelo. Desta forma, iam permanecendo no modelo os previsores que alcançavam  $p$ -valor  $< 0,05$ . Essa estratégia foi utilizada a fim de ajustar os possíveis efeitos de confusão.

Considerados e realizados todos esses processos, os resultados foram apresentados de forma textual, em tabelas ou gráficos, sendo os dados discutidos conforme literatura revisada e atualizada sobre o tema.

## **5.7 Aspectos éticos e legais**

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa para devida aprovação, bem como registrado na base de dados da ReBEC. A pesquisa só teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (número do Parecer: 1.684.549) (ANEXO A) e do Hospital Geral de Fortaleza sob (número do Parecer: 1.930.501) (ANEXO B).

Foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Ressaltando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todas as participantes do estudo (APÊNDICE B e C), sendo-lhes garantido o anonimato; a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação.

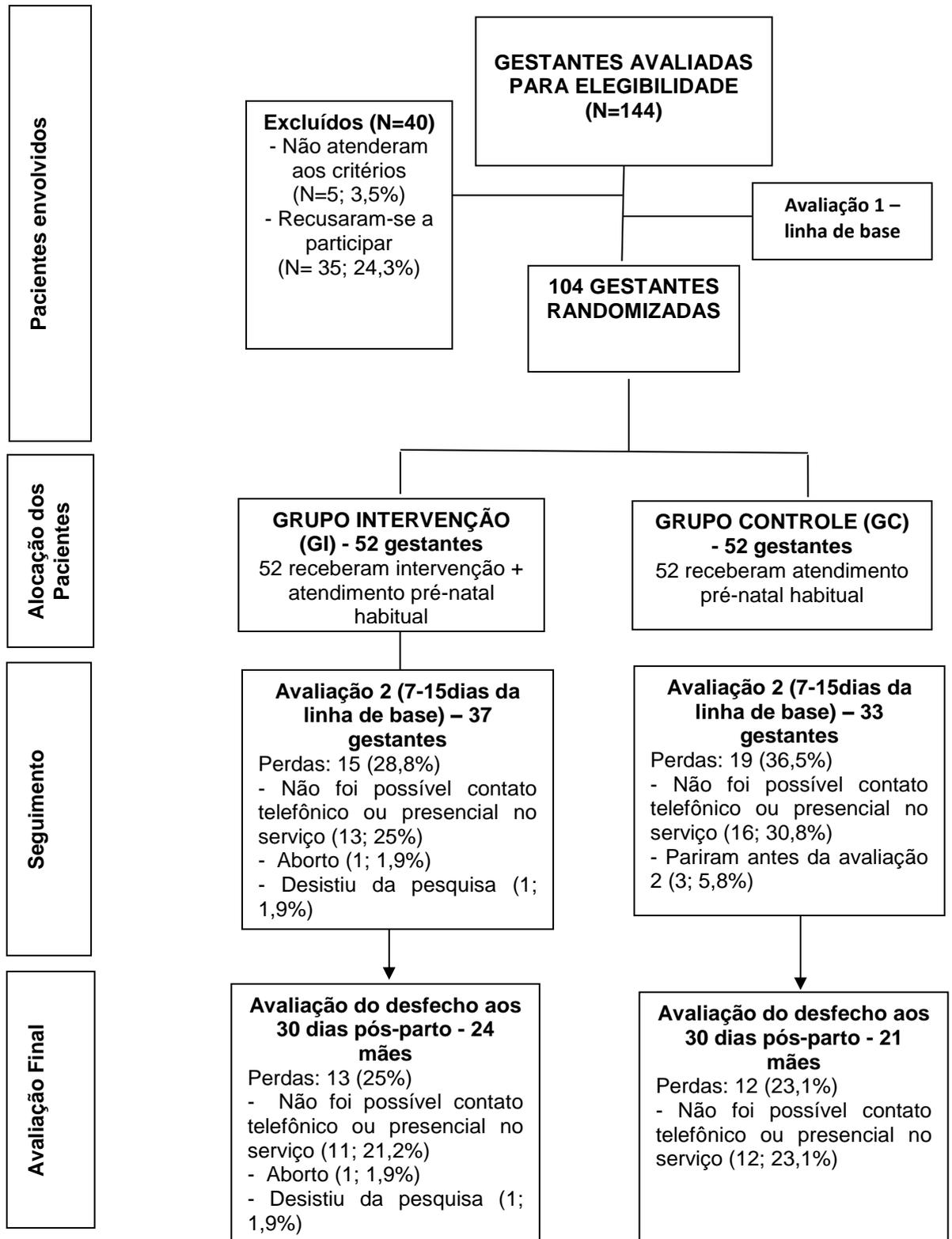
Além disso, enfatiza-se o comprometimento de se preservar a privacidade dos dados colhidos em prontuários mediante o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE H) (BRASIL, 2012). Este estudo apresentou risco mínimo, como o risco emocional de a mulher se sentir constrangida no momento de responder ao formulário e traz como benefício a possibilidade da melhoria da adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV mediante o acesso à cartilha.

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 Captação e seguimento das mulheres do estudo**

Como citado anteriormente, a pesquisa foi realizada em três fases (Linha de Base+Randomização+Intervenção, Avaliação 2 e Avaliação 3). Na fase 1, foram avaliadas inicialmente 144 gestantes no dia da consulta de pré-natal para elegibilidade, sendo elegíveis 104 mães HIV positivas para realização do estudo. Porém, ao longo do tempo, devido aos critérios de descontinuidade, houve 56,7% de perda, restando a amostra final com 45 mulheres (GI=24; GC=21). A Figura 2 apresenta o seguimento das participantes em cada fase do estudo.

**Figura 2 – Diagrama representativo do fluxo de participantes em cada fase do estudo conforme enunciado CONSORT. Fortaleza-CE, Brasil, 2018**



Fonte: dados da pesquisa.

Conforme o diagrama, da linha de base (n=104) para a avaliação 2 pós intervenção, restaram 70 gestantes (perda inicial de 32,7%), e da avaliação 2 para a 3, restaram 45 mulheres na amostra final do estudo (perda total de 56,7%), ou seja, essas 45 percorreram as 3 fases do ECR.

As razões verificadas para descontinuidade das pacientes foram: ter desistido da pesquisa (n=2; 1,92%), aborto (n=2; 1,92%), ter parido antes da avaliação 2 (n=3; 2,86%) e o principal motivo foi a perda de contato com a paciente, seja presencial em seu retorno às consultas ou por telefone (n=52; 50%): não atenderam telefone/desligado após três tentativas em dias e horários distintos, telefone fora de área, número não existe, mudança de número ou deram número errado.

## **6.2 Caracterização sociodemográfica, sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV**

Realizou-se, a princípio, comparação das variáveis sociodemográficas basais entre os grupos controle e intervenção, a fim de garantir que as diferenças entre os mesmos não excedessem o que poderia ser esperado pelo acaso e que tais variáveis não interferissem nos desfechos do estudo. Portanto, a homogeneidade dos grupos foi verificada a partir dos dados sociodemográficos, conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das gestantes HIV positivas. Fortaleza-CE, Brasil, 2018

		Total (n=104)				Intervenção (n=52)				Controle (n=52)				
		f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	p-valor
<b>Local da Pesquisa</b>	MEAC	62	59,62			28	53,85			34	65,38			0,486 <sup>1</sup>
	Gonzaguinha	35	33,65			20	38,46			15	28,85			
	HGF	7	6,73			4	7,69			3	5,77			
<b>Idade</b>				26,91	6,09			27,31	5,98			26,52	6,24	0,512 <sup>2</sup>
<b>Procedência</b>	Fortaleza	58	55,77			30	57,69			28	53,84			0,783 <sup>1</sup>
	Outros municípios Ceará	41	39,42			19	36,54			22	42,31			
	Outros Estados	5	4,81			3	5,77			2	3,85			
	brasileiros/outros países													
<b>Escolaridade</b>				9,14	2,47			9,19	2,38			9,10	2,58	0,844 <sup>2</sup>
<b>Ocupação</b>	Do lar	58	55,8			29	55,8			29	55,8			0,774 <sup>3</sup>
	Desempregada	10	9,6			4	7,4			6	11,5			
	Outras	36	34,6			19	36,54			17	32,7			
<b>Renda Familiar</b>				1.094,06	806,85			1.058,62	495,06			1.129,50	1.033,01	0,657 <sup>2</sup>
<b>Nº de pessoas em casa</b>				3,38	1,71			3,31	1,49			3,46	1,92	0,649 <sup>2</sup>
<b>Situação conjugal</b>	Solteira/Viúva	31	29,81			13	25,00			18	34,62			0,284 <sup>3</sup>
	Casada/União Estável	73	70,19			39	75,00			34	65,38			
<b>Raça</b>	Branca	8	7,69			3	5,77			5	9,62			<b>0,030<sup>1</sup></b>
	Negra	9	8,65			8	15,38			1	1,92			
	Parda	87	83,66			41	78,85			46	88,46			
<b>Religião</b>	Católica	52	50,00			22	42,31			30	57,69			0,208 <sup>3</sup>
	Outra	15	14,42			10	19,23			5	9,62			
	Evangélica	37	35,58			20	38,46			17	32,69			

Fonte: dados da pesquisa.

f: frequência simples; %: percentual; DP: desvio-padrão; 1: razão de verossimilhança; 2: t de Student para amostras independentes; 3: qui-quadrado.

A Tabela 1 mostra que os grupos intervenção e controle são homogêneos em relação às características sociodemográficas das gestantes, exceto no que diz respeito a raça ( $p=0,030$ ).

Quanto ao local do estudo, verificou-se que 59,62% das gestantes foram recrutadas na MEAC, 33,65% no HDGMM e apenas 7,73% no HGF, o qual dos três locais é o que apresenta menor demanda de gestantes HIV positivas.

De modo mais específico, verificou-se que o perfil da amostra foi constituído por mulheres jovens ( $M=26,9$  anos), com baixa escolaridade ( $M=9,14$  anos de estudo), convivendo com até três pessoas em casa ( $M=3,38$  pessoas), renda média de R\$ 1.094,06 reais, em sua maioria provenientes de Fortaleza (55,77%), do lar (55,8%), casadas ou em união estável (70,19%), pardas (83,66%) e católicas (50%).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 2, foi possível verificar a homogeneidade para as variáveis sexuais, reprodutivas e da infecção pelo HIV.

Tabela 2 – Caracterização sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV das gestantes HIV positivas. Fortaleza-CE, Brasil, 2018

(continua)

		Total (n=104)				Intervenção (n=52)				Controle (n=52)				
		f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	p-valor
<b>Trimestre linha de base</b>	1º trimestre	19	18,27			9	17,31			10	19,23			0,909 <sup>1</sup>
	2º trimestre	51	49,04			25	48,08			26	50,00			
	3º trimestre	34	32,69			18	34,62			16	30,77			
<b>Nº de consultas de pré-natal</b>				3,65	2,53			3,75	2,32			3,56	2,74	0,700 <sup>2</sup>
<b>Idade gestacional</b>				23,86	8,93			24,21	8,61			23,51	9,32	0,692 <sup>2</sup>
<b>Nº de gestações</b>				2,80	1,35			2,81	1,30			2,79	1,40	0,942 <sup>2</sup>
<b>Nº de partos</b>				1,38	1,21			1,38	1,22			1,38	1,21	1,000 <sup>2</sup>
<b>Nº de abortamentos</b>				0,41	0,58			0,42	0,54			0,40	0,63	0,868 <sup>2</sup>
<b>Descoberta</b>	Primigesta/ Multigesta (durante a gravidez atual ou após gravidez anterior)	64	61,54			32	61,54			32	61,54			1,000 <sup>1</sup>
	Multigesta (antes da gravidez anterior ou durante gravidez anterior)	40	38,46			20	38,46			20	38,46			
<b>Filho exposto ao HIV?</b>	Sim	36	34,62			18	34,62			18	34,62			0,837 <sup>3</sup>
	Não	65	62,50			32	61,54			33	63,46			
	Não sabe	3	2,88			2	3,85			1	1,92			
<b>Diagnóstico para o HIV dele?</b>	Reagente	4	3,84			3	8,11			1	2,33			0,496 <sup>3</sup>
	Não reagente	37	35,58			18	48,65			19	44,19			
	Desconhecido	35	33,65			15	40,54			20	46,51			
	Acompanhamento	4	3,84			1	2,70			3	6,98			

Tabela 2 – Caracterização sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV das gestantes HIV positivas. Fortaleza-CE, Brasil, 2018

		Total (n=104)				Intervenção (n=52)				Controle (n=52)				
		f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	p-valor
<b>Sorologia do</b>	Reagente	38	36,54			18	34,62			20	38,46			0,908 <sup>1</sup>
<b>esposo/companheiro</b>	Não reagente	46	44,23			24	46,15			22	42,31			
	Desconhecido	20	19,23			10	19,23			10	19,23			
<b>Tem/teve múltiplos</b>	Sim	8	7,69			4	7,69			4	7,69			1,000 <sup>3</sup>
<b>parceiros sexuais</b>	Não	96	92,31			48	92,31			48	92,31			
<b>nesta gravidez?</b>														
<b>Faz uso de medicação</b>	Sim	92	88,46			46	88,46			46	88,46			1,000 <sup>1</sup>
<b>contra o HIV</b>	Não	12	11,54			6	11,54			6	11,54			
<b>Desde qual IG usa a medicação contra o HIV?</b>				7,69	10,35			8,74	10,39			6,67	10,32	0,349 <sup>2</sup>
<b>Orientação sobre os</b>	Sim	83	79,80			42	80,77			41	78,85			0,807 <sup>1</sup>
<b>cuidados</b>	Não	21	20,20			10	19,23			11	21,15			
<b>Carga viral do último exame</b>				1.273,97	4.701,26			694,79	1.384,68			1.727,92	6.158,96	0,380 <sup>2</sup>
<b>Contagem de LT - CD4+ do último exame</b>				614,81	290,14			538,32	289,15			680,76	279,19	0,072 <sup>2</sup>
<b>Comorbidades</b>	Sim	32	30,77			20	38,46			12	23,08			0,089 <sup>1</sup>
	Não	72	69,23			32	61,54			40	76,92			

Fonte: dados da pesquisa.

f: frequência simples; %: percentual; DP: desvio-padrão; 1: qui-quadrado; 2: t de Student para amostras independentes; 3: razão de verossimilhança.

A partir da Tabela 2, percebe-se que não houve diferença significativa em relação às variáveis, mostrando a homogeneidade dos grupos.

Quanto ao recebimento de orientações durante o pré-natal e quanto ao momento da descoberta do HIV, ambos os grupos se mostraram homogêneos. Essas variáveis foram selecionadas, pois poderiam interferir na avaliação do conhecimento sobre os cuidados preconizados para a prevenção da TV do HIV. O mesmo raciocínio foi aplicado em relação às variáveis descoberta e vivência em outra gestação com HIV, visto que também poderiam interferir no conhecimento das mães.

Em relação aos dados obstétricos na linha de base, a maioria das gestantes se encontrava no segundo trimestre (49,04%), era multigesta (M=2,8 gestações), com média de 3,65 consultas, descobriram o HIV durante a gravidez atual ou após a gravidez anterior (61,54%), não tinham filho exposto ao HIV (62,5%) e as crianças expostas obtiveram diagnóstico não reagente ou desconheciam o diagnóstico (69,23%).

Quanto à sorologia do companheiro, a maioria foi sorodiscordante (44,23%), as gestantes não apresentavam múltiplos parceiros (92,31%), usavam a medicação antirretroviral prescrita, sendo a maioria desde o início da gestação (88,46%), relataram ter recebido orientações acerca da prevenção da TV do HIV (79,8%) e 69,23% não apresentavam comorbidades.

A partir da Tabela 3, verifica-se que não houve diferença significativa em relação às variáveis obstétricas e da infecção pelo HIV, mostrando a homogeneidade dos grupos na avaliação do pós-parto.

Tabela 3 - Caracterização obstétrica e da infecção pelo HIV das mães HIV positivas no pós-parto. Fortaleza-CE, Brasil, 2018

	Total (n=45)		Intervenção (n=24)		Controle (n=21)		p-valor
	f (%)	Mediana (P25-P75)	f (%)	Mediana (P25-P75)	f (%)	Mediana (P25-P75)	
<b>Amniorrexe</b>							
Sim	11 (24,44)		7 (29,17)		4 (19,05)		0,431 <sup>1</sup>
Não	34 (75,56)		17 (70,83)		17 (80,95)		
<b>IG no parto</b>		38,64 (37,57-39,86)		38,64 (38,00-40,00)		38,50 (37,57-39,71)	
<b>Medicação no parto</b>							
Sim	39 (86,67)		21 (87,50)		18 (85,71)		0,701 <sup>2</sup>
Não	3 (6,67)		2 (8,33)		1 (4,76)		
Não sei	3 (6,67)		1 (4,17)		2 (9,52)		
<b>Tipo de parto</b>							
Vaginal	7 (15,56)		4 (16,67)		3 (14,29)		0,826 <sup>2</sup>
Cesárea	38 (84,44)		20 (83,33)		18 (85,71)		
<b>Medicação para a criança nas primeiras 24h</b>							
Sim	37 (82,22)		21 (87,50)		16 (76,19)		0,321 <sup>2</sup>
Não	0 (0,00)		0 (0,00)		0 (0,00)		
Não sabe	8 (17,78)		3 (12,50)		5 (23,81)		
<b>Enfaixamento das mamas</b>							
Sim	4 (8,89)		1 (4,17)		3 (14,29)		0,227 <sup>2</sup>
Não	41 (91,11)		23 (95,83)		18 (85,71)		
<b>Medicação para inibição da lactação</b>							
Sim	38 (84,44)		20 (83,33)		18 (85,71)		0,885 <sup>2</sup>
Não	4 (8,89)		2 (8,33)		2 (9,52)		
Não sabe	3 (6,67)		2 (8,33)		1 (4,76)		
<b>Laqueadura tubária</b>							
Sim	6 (13,33)		3 (12,50)		3 (14,29)		0,861 <sup>2</sup>
Não	39 (86,67)		21 (87,50)		18 (85,71)		
<b>Orientações para prevenção de TV HIV no pós parto</b>							
Sim	24 (53,33)		12 (50,00)		12 (57,14)		0,632 <sup>1</sup>
Não	21 (46,67)		12 (50,00)		9 (42,86)		

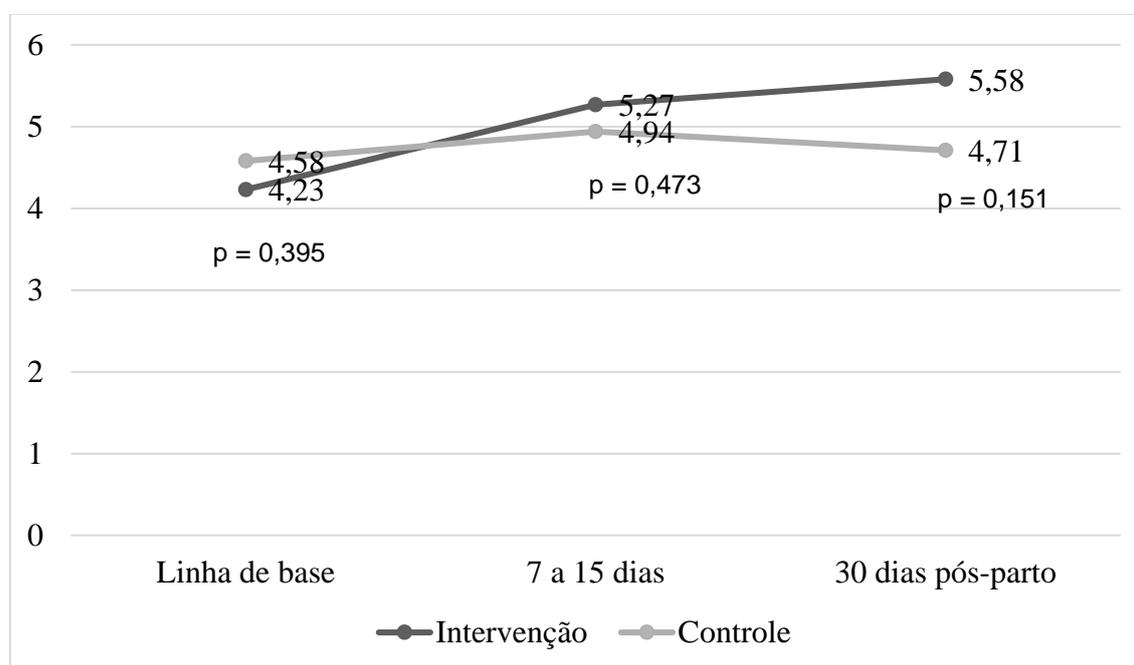
Fonte: dados da pesquisa.

1: qui-quadrado; 2: razão de verossimilhança; 3:

### 6.3 Avaliação dos efeitos da cartilha educativa no conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV

O conhecimento foi mensurado nas três fases do estudo com o mesmo instrumento por meio de 4 perguntas abertas e para cada cuidado mencionado pela mãe como correto era atribuída uma pontuação específica. A soma das respostas poderia atingir a pontuação máxima de até 16 pontos.

Gráfico 1 - Comparação intergrupo da média da pontuação do nível de conhecimento no decorrer do tempo. Fortaleza/CE. Brasil, 2018



Fonte: dados da pesquisa.

Nota: a comparação intergrupos foi realizada com base no teste t de Student para amostras independentes.

O Gráfico 1 mostra que não houve diferença entre os grupos ao longo do tempo em relação ao conhecimento, evidenciando que a cartilha não trouxe mudança significativa no conhecimento do GI quando comparada ao GC.

Em contrapartida, como mostra a Tabela 4, na análise intragrupo da média da pontuação do conhecimento nas três fases do estudo, verificou-se que a intervenção com a cartilha se mostrou eficaz para melhorar o conhecimento das gestantes HIV positivas do GI a curto prazo (7-15 dias;  $p=0,002$ ), mantendo-se elevado a longo prazo (30 dias pós parto;  $p=0,033$ ) em relação à linha de base. O

GC não apresentou aumento da média do conhecimento no decorrer do tempo do estudo.

Tabela 4 - Comparação intragrupo da média da pontuação do nível de conhecimento no decorrer do tempo. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

	Intervenção			Controle		
	Média inicial (DP)	Média final (DP)	p-valor <sup>1</sup>	Média inicial (DP)	Média final (DP)	p-valor <sup>1</sup>
Linha de base X 7 a 15 dias	n=37 4,19 (2,14)	n=37 5,27 (1,99)	<b>0,002</b>	n=33 4,45 (2,10)	n=33 4,94 (1,82)	0,051
Linha de base X 30 dias	n=24 4,71 (2,35)	n=24 5,58 (1,89)	<b>0,033</b>	n=21 4,10 (2,34)	n=21 4,71 (2,10)	0,277
7 a 15 dias X 30 dias	n=24 5,33 (1,69)	n=24 5,58 (1,89)	0,366	n=21 4,95 (1,99)	n=21 4,71 (2,10)	0,620

Fonte: dados da pesquisa.

DP: desvio-padrão; 1: Teste t de Student para dados pareados.

Realizou-se também, de forma mais minuciosa, a comparação do aumento percentual de mães que relataram ter conhecimento em cada variável dos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação, parto e pós-parto. Essa análise foi feita tanto comparando-se GI com o GC ao longo do tempo (intergrupos) na Tabela 5, como em cada grupo (intragrupo), Tabelas 6 e 7.

Tabela 5 - Comparação intergrupos do percentual de mulheres que referem conhecer os cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV no decorrer do tempo. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

(continua)

		Linha de base			7 a 15 dias			30 dias pós-parto		
		Intervenção	Controle	p	Intervenção	Controle	p	Intervenção	Controle	p
		%	%		%	%		%	%	
<b>Gestação</b>										
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	Sim	84,91	84,31	0,933 <sup>1</sup>	97,30	90,91	0,337 <sup>2</sup>	95,83	85,71	0,326 <sup>2</sup>
	Não	15,09	15,69		2,70	9,09		4,17	14,29	
Uso da medicação contra o HIV	Sim	71,70	70,59	0,901 <sup>1</sup>	91,89	81,82	0,290 <sup>2</sup>	87,50	80,95	0,689 <sup>2</sup>
	Não	28,30	29,41		8,11	18,18		12,50	19,05	
Uso do preservativo	Sim	41,51	39,22	0,812 <sup>1</sup>	51,35	51,52	0,989 <sup>1</sup>	58,33	38,10	0,175 <sup>1</sup>
	Não	58,49	60,78		48,65	48,48		41,67	61,90	
Comparecimento às consultas	Sim	1,89	5,88	0,358 <sup>2</sup>	8,11	6,06	1,000 <sup>2</sup>	12,50	9,52	1,000 <sup>2</sup>
	Não	98,11	94,12		91,89	93,94		87,50	90,48	
Realização de exames periódicos	Sim	0,00	7,84	0,054 <sup>2</sup>	0,00	3,03	0,471 <sup>2</sup>	4,17	0,00	1,000 <sup>2</sup>
	Não	100,00	92,16		100,00	96,97		95,83	100,00	
Alimentação saudável	Sim	7,55	3,92	0,678 <sup>2</sup>	18,92	3,03	0,058 <sup>2</sup>	12,50	9,52	1,000 <sup>2</sup>
	Não	92,45	96,08		81,08	96,97		87,50	90,48	
Estilo de vida saudável	Sim	1,89	7,84	0,201 <sup>2</sup>	2,70	3,03	1,000 <sup>2</sup>	4,17	0,00	1,000 <sup>2</sup>
	Não	98,11	92,16		97,30	96,97		95,83	100,00	

Tabela 5 - Comparação intergrupos do percentual de mulheres que referem conhecer os cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV no decorrer do tempo. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

(conclusão)

<b>Parto</b>										
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	Sim	66,04	72,55	0,472 <sup>1</sup>	70,27	78,79	0,416 <sup>1</sup>	83,33	71,43	0,476 <sup>2</sup>
	Não	33,96	27,45		29,73	21,21		16,67	28,57	
Uso da medicação contra o HIV	Sim	22,64	43,14	<b>0,026<sup>1</sup></b>	40,54	36,36	0,720 <sup>1</sup>	45,83	33,33	0,393 <sup>1</sup>
	Não	77,36	56,86		59,46	63,64		54,17	66,67	
Tipo de parto	Sim	56,60	58,82	0,819 <sup>1</sup>	43,24	60,61	0,147 <sup>1</sup>	41,67	42,86	0,936 <sup>1</sup>
	Não	43,40	41,18		56,76	39,39		58,33	57,14	
<b>Pós-parto</b>										
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	Sim	79,25	86,27	0,344 <sup>1</sup>	94,59	93,94	1,000 <sup>2</sup>	95,83	90,48	0,592 <sup>2</sup>
	Não	20,75	13,73		5,41	6,06		4,17	9,52	
Uso da medicação contra o HIV	Sim	24,53	39,22	0,108 <sup>1</sup>	51,35	36,36	0,208 <sup>1</sup>	66,67	42,86	0,109 <sup>1</sup>
	Não	75,47	60,78		48,65	63,64		33,33	57,14	
Contraindicação do aleitamento	Sim	69,81	70,59	0,931 <sup>1</sup>	83,78	78,79	0,592 <sup>1</sup>	83,33	85,71	1,000 <sup>2</sup>
	Não	30,19	29,41		16,22	21,21		16,67	14,29	
Inibição da amamentação	Sim	5,66	3,92	1,000 <sup>2</sup>	5,41	3,03	1,000 <sup>2</sup>	4,17	0,00	1,000 <sup>2</sup>
	Não	94,34	96,08		94,59	96,97		95,83	100,00	
Uso do leite em pó	Sim	5,66	5,88	1,000 <sup>2</sup>	5,41	6,06	1,000 <sup>2</sup>	8,33	14,29	0,652 <sup>2</sup>
	Não	94,34	94,12		94,59	93,94		91,67	85,71	
Acompanhamento da criança	Sim	15,09	11,76	0,619 <sup>1</sup>	13,51	18,18	0,592 <sup>1</sup>	8,33	9,52	1,000 <sup>2</sup>
	Não	84,91	88,24		86,49	81,82		91,67	90,48	

Fonte: dados da pesquisa.

1: qui-quadrado de Pearson; 2: Exato de Fisher.

Na Tabela 5 é possível perceber que apenas a variável “uso da medicação contra o HIV no parto” apresentou diferença significativa quanto ao percentual de mães que disseram ter conhecimento acerca desse cuidado, tendo o GC apresentado maior percentual de mulheres que relataram conhecer tal cuidado na linha de base ( $p=0,026$ ). As demais variáveis não apresentaram melhora do conhecimento, quando comparados os grupos.

Tabela 6 - Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem conhecer os cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV no decorrer do tempo (Grupo Intervenção). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.

(continua)

	Linha de base	7 a 15 dias	30 dias pós-parto	Linha de base X 7 a 15 dias	Linha de base X 30 dias pós-parto	7 a 15 dias X 30 dias pós-parto
	%	%	%	p <sup>1</sup>	p <sup>1</sup>	p <sup>1</sup>
<b>Gestação</b>						
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	84,91	97,30	95,83	0,065	0,344	0,500
Uso da medicação contra o HIV	71,70	91,89	87,50	<b>0,004</b>	0,143	0,219
Uso do preservativo	41,51	51,35	58,33	0,238	0,581	1,000
Comparecimento às consultas	1,89	8,11	12,50	0,375	0,219	0,687
Realização de exames periódicos	0,00	0,00	4,17	1,000	1,000	1,000
Alimentação saudável	7,55	18,92	12,50	0,453	1,000	1,000
Estilo de vida saudável	1,89	2,70	4,17	0,625	1,000	1,000
<b>Parto</b>						
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	66,04	70,27	83,33	0,267	0,267	0,727
Uso da medicação contra o HIV	22,64	40,54	45,83	0,146	0,607	1,000
Tipo de parto	56,60	43,24	41,67	0,503	0,210	0,424

Tabela 6 - Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem conhecer os cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV no decorrer do tempo (Grupo Intervenção). Fortaleza/CE, Brasil, 2018.

	Linha de base	7 a 15 dias	30 dias pós-parto	Linha de base X 7 a 15 dias	Linha de base X 30 dias pós-parto	(conclusão) 7 a 15 dias X 30 dias pós-parto
	%	%	%	p <sup>1</sup>	p <sup>1</sup>	p <sup>1</sup>
<b>Pós-parto</b>						
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	79,25	94,59	95,83	<b>0,008</b>	0,109	1,000
Uso da medicação contra HIV	24,53	51,35	66,67	<b>0,004</b>	<b>0,001</b>	0,388
Contraindicação do aleitamento	69,81	83,78	83,33	0,146	0,146	0,774
Inibição da amamentação	5,66	5,41	4,17	1,000	1,000	1,000
Uso do leite em pó	5,66	5,41	8,33	1,000	0,687	0,453
Acompanhamento da criança	15,09	13,51	8,33	0,581	1,000	0,125

Fonte: dados da pesquisa.

1: Teste de McNemar.

Na Tabela 6, evidenciou-se que houve aumento expressivo do percentual de mães que relataram ter conhecimento acerca do “uso da medicação contra o HIV durante a gestação” como um cuidado necessário para prevenir a transmissão vertical, da linha de base para a avaliação a curto prazo após a intervenção com a cartilha ( $p=0,004$ ).

Verificou-se também crescimento percentual de mulheres que referiram conhecer os cuidados para prevenir a transmissão vertical do HIV no pós-parto, da linha de base para a avaliação 2 ( $p=0,008$ ), após o uso da cartilha educativa. A variável “uso da medicação contra o HIV no parto” também foi bem assimilada como um cuidado necessário pelas mulheres do GI, tanto na avaliação da linha de base para a avaliação 2 ( $p=0,004$ ), quanto da linha de base para a avaliação 3 ( $p=0,001$ ).

Enquanto isso, no grupo controle não houve aumento percentual de mulheres que referiram conhecimento sobre os cuidados para a prevenção da TV no decorrer do estudo em nenhuma variável, como mostra a Tabela 7.

Esses dados reafirmam o potencial da cartilha para melhora do conhecimento das mães que tiveram acesso a essa tecnologia, sobretudo a curto prazo.

Tabela 7 - Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem conhecer os cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV no decorrer

	Linha de base	7 a 15 dias	30 dias pós-parto	Linha de base X 7 a 15 dias	Linha de base X 30 dias pós-parto	7 a 15 dias X 30 dias pós-parto
	%	%	%	p <sup>1</sup>	p <sup>1</sup>	p <sup>1</sup>
<b>Gestação</b>						
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	84,31	90,91	85,71	0,687	0,687	1,000
Uso da medicação contra o HIV	70,59	81,82	80,95	0,180	0,344	0,500
Uso do preservativo	39,22	51,52	38,10	0,727	1,000	1,000
Comparecimento as consultas	5,88	6,06	9,52	1,000	1,000	1,000
Realização de exames periódicos	7,84	3,03	0,00	1,000	1,000	1,000
Alimentação saudável	3,92	3,03	9,52	1,000	1,000	1,000
Estilo de vida saudável	7,84	3,03	0,00	0,250	1,000	1,000
<b>Parto</b>						
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	72,55	78,79	71,43	0,625	1,000	0,625
Uso da medicação contra o HIV	43,14	36,36	33,33	1,000	1,000	1,000
Tipo de parto	58,82	60,61	42,86	1,000	0,375	0,219
<b>Pós-parto</b>						
Conhecimento sobre os cuidados para prevenir a transmissão do HIV	86,27	93,94	90,48	0,250	0,687	1,000
Uso da medicação pela criança	39,22	36,36	42,86	1,000	0,375	1,000
Contraindicação do aleitamento	70,59	78,79	85,71	0,375	0,219	1,000
Inibição da amamentação	3,92	3,03	0,00	1,000	1,000	1,000
Uso do leite em pó	5,88	6,06	14,29	1,000	0,625	0,625
Acompanhamento da criança	11,76	18,18	9,52	0,219	1,000	0,250

Fonte: dados da pesquisa.

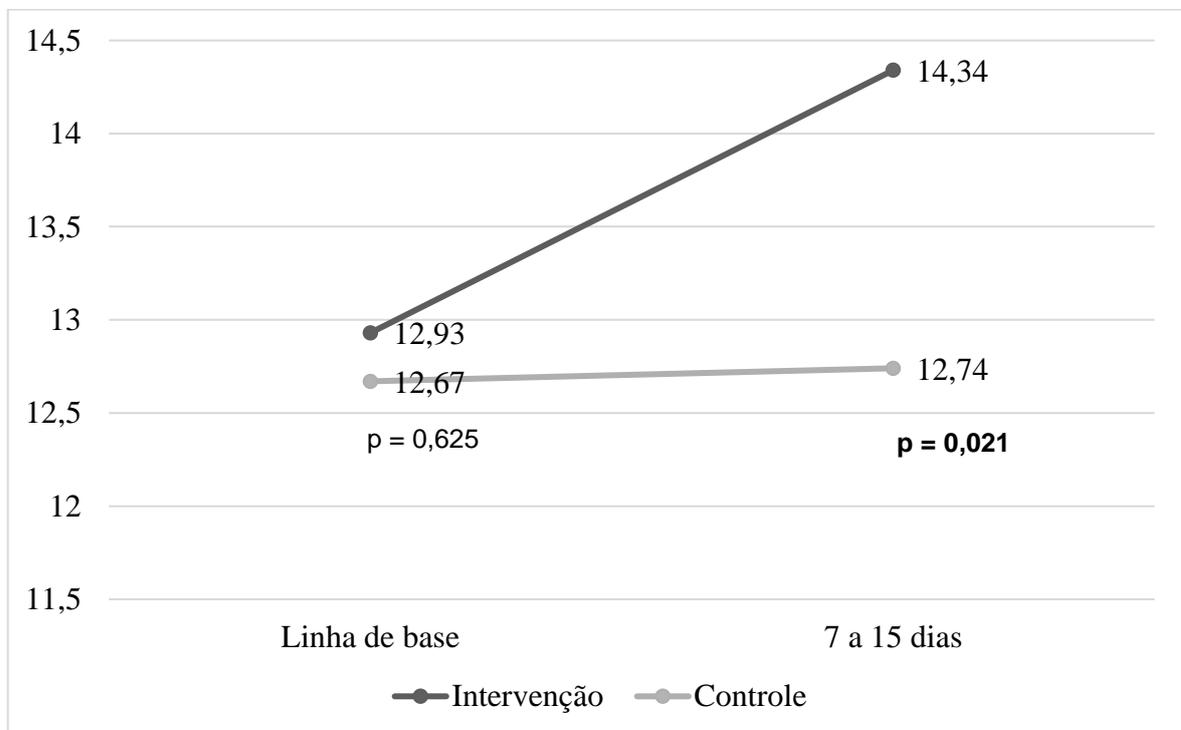
1: Teste de McNemar.

A variável adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV também foi mensurada nas 3 fases do estudo, porém, conforme explicitado na metodologia, a mesma foi medida nas avaliações 1 e 2 (adesão aos cuidados na gestação) por meio do mesmo instrumento e na avaliação 3 com um instrumento diferenciado, visto tratar-se do pós-parto, em que os cuidados realizados são diferentes dos realizados na gestação.

O instrumento, utilizado nas avaliações 1 e 2, continha 10 perguntas realizadas abertamente e o pesquisador assinalava o item correspondente ao que a mãe relatava quanto à adesão aos cuidados. O total da pontuação para avaliação 1 e 2 pôde variar de 0 a 19 pontos.

O Gráfico 2 demonstra a comparação intergrupo da média da pontuação do nível de adesão aos cuidados durante a gestação, linha de base e avaliação da fase 2. Pelos motivos expostos, a medição da adesão aos cuidados no pós-parto foi analisada à parte.

Gráfico 2 - Comparação intergrupo da média da pontuação do nível de adesão aos cuidados na gestação. Fortaleza/CE. Brasil, 2018



Fonte: elaborado pela autora.

Nota: a comparação intergrupos foi realizada com base no teste T de Student para amostras independentes.

Percebe-se que o GI partiu na linha de base de uma média de adesão aos cuidados igual ao GC ( $p=0,625$ ) e apresentou elevação expressiva ( $p=0,021$ ) da média de pontuação da adesão a curto prazo em relação ao GC, mostrando que o uso da cartilha foi capaz de aumentar a adesão das gestantes aos cuidados durante o período gravídico no GI em relação ao GC.

A Tabela 8 aborda a comparação do nível de adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical durante a gestação especificamente dentro de cada grupo:

Tabela 8 - Comparação intragrupo da pontuação média do nível de adesão aos cuidados na gestação. Fortaleza/CE, Brasil, 2018.

	Intervenção			Controle		
	Média inicial (DP)	Média final (DP)	p-valor	Média inicial (DP)	Média final (DP)	p-valor
<b>Linha de base X 7 a 15 dias</b>	n=37 13,07 (2,79)	n=37 14,33 (2,26)	<b>&lt;0,001</b> 1	n=33 12,44 (3,14)	n=33 12,74 (3,22)	0,397 <sup>1</sup>

Fonte: dados da pesquisa.

Fonte: dados da pesquisa.

DP: desvio-padrão; 1: t de Student para amostras pareadas.

Na análise intragrupo, evidenciou-se que a intervenção com a cartilha foi efetiva no aumento da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação dentro do grupo intervenção ( $p<0,001$ ). O GC não apresentou aumento da média da adesão aos cuidados durante a gestação ( $p=0,397$ ).

Como explicado previamente, a adesão aos cuidados no pós-parto foi medida na avaliação 3 de forma diferenciada dos cuidados na gestação, por serem cuidados específicos desse período. O instrumento da avaliação 3 continha 6 perguntas, totalizando a pontuação de 0-11 pontos. Foi realizada apenas a comparação intergrupos da média de pontuação da adesão no pós-parto, devido à avaliação da linha de base da adesão ser diferente desta.

Tabela 9 - Comparação intergrupos da média de pontuação da adesão aos cuidados no pós-parto. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

Controle (N=24)	Intervenção (N=21)		
Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	z	p-valor <sup>1</sup>
11,00 (9,00-11,00)	11,00 (9,50-11,00)	-0,344	0,731

Fonte: dados da pesquisa.

Fonte: dados da pesquisa.

z: escore para teste U de Mann Whitney; 1: p-valor para teste U de Mann Whitney para amostras independentes.

Verificou-se que não houve diferença na pontuação da adesão aos cuidados pós-parto entre os grupos ( $p=0,731$ ). Percebe-se, assim, que as mães realizaram os devidos cuidados preconizados com as crianças, atingindo mediana de pontuação excelente, independente de ter recebido a intervenção, tendo em vista que a pontuação máxima era de 11 pontos nessa avaliação.

O uso da mediana, nesse caso, para comparar os grupos, se deu por ter sido apresentada distribuição assimétrica na aplicação dos testes estatísticos para a normalidade.

Assim como analisado previamente em relação ao conhecimento, realizou-se a comparação do percentual de mães que relataram aderir aos cuidados específicos preconizados para a prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação e pós-parto.

Essa análise foi feita tanto comparando-se GI com o GC durante a gestação, na linha de base e avaliação 2 (intergrupos) na Tabela 10, como em cada grupo (intragrupo), Tabelas 11 e 12, e posteriormente na avaliação pós-parto entre GC e GI, Tabela 13.

Tabela 10 – Comparação intergrupos do percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados na gestação. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

(continua)

		Linha de base			7 a 15 dias		
		Intervenção	Controle	p	Intervenção	Controle	p
		%	%		%	%	
Você tem utilizado a medicação contra o HIV conforme a prescrição médica?	Sim	90,57	86,27	0,493 <sup>1</sup>	94,59	93,94	0,419 <sup>3</sup>
	Não				5,41	3,03	
	Omisso	-	-		0,00	3,03	
Compareceu a todas as consultas de pré-natal agendadas até o momento?	Sim	79,25	62,75	0,176 <sup>1</sup>	94,59	84,85	0,270 <sup>2</sup>
	Não	9,43	15,69		5,41	12,12	
	Não se aplica	11,32	21,57		0,00	3,03	
Realizou todos os exames periódicos solicitados até o momento?	Sim	75,47	74,51	0,306 <sup>2</sup>	91,67	84,85	0,663 <sup>2</sup>
	Não	7,55	1,96		5,56	9,09	
	Não se aplica	16,98	23,53		2,78	6,06	
Tem se alimentado de frutas/verduras?	Sim	77,36	76,47	0,914 <sup>1</sup>	81,08	81,82	0,937 <sup>1</sup>
	Não	22,64	23,53		18,92	18,18	
Tem se alimentado de alimentos ricos em ferro (carnes, feijão, etc.)?	Sim	92,45	92,16	1,000 <sup>3</sup>	97,30	90,91	0,337 <sup>3</sup>
	Não	7,55	7,84		2,70	9,09	
Tem se alimentado de alimentos ricos em proteínas (leite, ovos, derivados)?	Sim	81,13	86,27	0,478 <sup>1</sup>	91,89	93,94	1,000 <sup>3</sup>
	Não	18,87	13,73		8,11	6,06	
Bebe bastante líquido?	Sim	69,81	74,51	0,593 <sup>1</sup>	83,78	72,73	0,260 <sup>1</sup>
	Não	30,19	25,49		16,22	27,27	
Evita alimentos industrializados?	Sim	60,38	49,02	0,245 <sup>1</sup>	62,16	48,48	0,250 <sup>1</sup>
	Não	39,62	50,98		37,84	51,52	
Lava bem frutas e verduras?	Sim	43,40	33,33	0,292 <sup>1</sup>	48,65	30,30	0,118 <sup>1</sup>
	Não	56,60	66,67		51,35	69,70	
Evita carnes malcozidas?	Sim	88,68	80,39	0,242 <sup>1</sup>	91,89	81,82	0,290 <sup>3</sup>
	Não	11,32	19,61		8,11	18,18	
Evita verduras cruas?	Sim	32,08	33,33	0,891 <sup>1</sup>	45,95	27,27	0,107 <sup>1</sup>
	Não	67,92	66,67		54,05	72,73	
Realiza algum exercício físico?	Sim	7,55	7,84	1,000 <sup>3</sup>	13,51	9,09	0,714 <sup>3</sup>
	Não	92,45	92,16		86,49	90,91	

Tabela 10 – Comparação intergrupos do percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados na gestação. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

(conclusão)

	Linha de base			7 a 15 dias			
	Intervenção	Controle	p	Intervenção	Controle	p	
	%	%		%	%		
Desde que soube que estava grávida, você fumou?	Sim	20,75	9,80	0,122 <sup>1</sup>	16,22	15,15	0,903 <sup>1</sup>
	Não	79,25	90,20		83,78	84,85	
Desde que soube que estava grávida, você tomou bebida alcóolica?	Sim	18,87	17,65	0,872 <sup>1</sup>	16,22	24,24	0,402 <sup>1</sup>
	Não	81,13	82,35		83,78	75,76	
Usou drogas desde descoberta da gestação?	Sim	11,32	5,88	0,489 <sup>3</sup>	10,81	9,09	1,000 <sup>3</sup>
	Não	88,68	94,12		89,19	90,91	
Mantém relação sexual desprotegida?	Não	45,28	50,98	0,561 <sup>1</sup>	64,86	51,52	0,258 <sup>1</sup>
	Sim	54,72	49,02		35,14	48,48	

Fonte: dados da pesquisa.

1: Qui-quadrado; 2: Razão de verossimilhança; 3: Exato de Fisher.

Não foi encontrado aumento percentual das gestantes que referiram adesão aos cuidados específicos na gestação, da linha de base para a avaliação 2, comparativamente entre os grupos, como mostra a Tabela 10.

Tabela 11 - Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados na gestação (Grupo Intervenção). Fortaleza/CE, Brasil, 2018

(continua)

		Linha de base	7 a 15 dias	p <sup>1</sup>
Você tem utilizado a medicação contra o HIV conforme a prescrição médica?	Sim	90,57	94,59	-
Compareceu a todas as consultas de pré-natal agendadas até o momento?	Sim	79,25	94,59	-
Realizou todos os exames periódicos solicitados até o momento?	Sim	75,47	91,67	-
Tem se alimentado de frutas/verduras?	Sim	77,36	81,08	0,581
Tem se alimentado de alimentos ricos em ferro (carnes, feijão, etc.)?	Sim	92,45	97,30	1,000

Tabela 11 - Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados na gestação (Grupo Intervenção). Fortaleza/CE, Brasil, 2018

(conclusão)

		<b>Linha de base</b>	<b>7 a 15 dias</b>	<b>p<sup>1</sup></b>
Bebe bastante líquido?	Sim	69,81	83,78	0,180
Evita alimentos industrializados?	Sim	60,38	62,16	0,424
Lava bem frutas e verduras?	Sim	43,40	48,65	1,000
Evita carnes malcozidas?	Sim	88,68	91,89	1,000
Evita verduras cruas?	Sim	32,08	45,95	0,815
Realiza algum exercício físico?	Sim	7,55	13,51	0,625
Desde que soube que estava grávida, você fumou?	Não	79,25	83,78	1,000
Desde que soube que estava grávida, você tomou bebida alcóolica?	Não	81,13	83,78	0,625
Usou drogas desde descoberta da gestação?	Não	88,68	89,19	1,000
Mantém relação sexual desprotegida?	Não	45,28	64,86	0,180

1: Teste de McNemar.

A Tabela 11 mostra que houve aumento percentual apenas de gestantes que referiram adesão no cuidado referente à alimentação “Tem se alimentado de alimentos ricos em proteínas”, após a intervenção com a cartilha ( $p=0,039$ ).

Tabela 12 - Comparação intragrupo do aumento percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados na gestação (Grupo Controle). Fortaleza/CE, Brasil, 2018

		<b>Linha de base</b>	<b>7 a 15 dias</b>	<b>p<sup>1</sup></b>
Você tem utilizado a medicação contra o HIV conforme a prescrição médica?	Sim	86,27	93,94	-
Compareceu a todas as consultas de pré-natal agendadas até o momento?	Sim	62,75	84,85	-
Realizou todos os exames periódicos solicitados até o momento?	Sim	74,51	84,85	-
Tem se alimentado de frutas/verduras?	Sim	76,47	81,82	0,727
Tem se alimentado de alimentos ricos em ferro (carne, feijão, etc.)?	Sim	92,16	90,91	1,000

Tem se alimentado de alimentos ricos em proteínas (leite, ovos, derivados)?	Sim	86,27	93,94	0,250
Bebe bastante líquido?	Sim	74,51	72,73	0,727
Evita alimentos industrializados?	Sim	49,02	48,48	1,000
Lava bem frutas e verduras?	Sim	33,33	30,30	1,000
Evita carnes malcozidas?	Sim	80,39	81,82	0,687
Evita verduras cruas?	Sim	33,33	27,27	0,453
Realiza algum exercício físico?	Sim	7,84	9,09	1,000
Desde que soube que estava grávida, você fumou?	Não	90,20	84,85	1,000
Desde que soube que estava grávida, você tomou bebida alcóolica?	Não	82,35	75,76	1,000
Usou drogas desde a descoberta da gestação?	Não	94,12	90,91	1,000
Mantém relação sexual desprotegida?	Não	50,98	51,52	1,000

Fonte: dados da pesquisa.

1: Teste de McNemar.

Na comparação intragrupo do controle não foi encontrado aumento percentual das gestantes que referiram adesão aos cuidados específicos na gestação, da linha de base para a avaliação 2.

Tabela 13 - Comparação intergrupo do aumento percentual de mulheres que referem aderir aos cuidados no pós-parto. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

		Adesão no Pós-parto		
		Intervenção (N=24) %	Controle (N=21) %	p
Utilizou medicação na criança por 04 semanas?	Sim	100,00	100,00	-
	Não	0,00	0,00	
Compareceu as consultas agendadas para criança?	Sim	41,67	47,62	0,891 <sup>1</sup>
	Não	8,33	9,52	
	Não se aplica	50,00	42,86	
Realizou exames solicitados para criança?	Sim	70,83	61,90	0,331 <sup>1</sup>
	Não	12,50	4,76	
	Não se aplica	16,67	33,33	
Você amamentou seu filho?	Não	100,00	100,00	-
	Sim	0,00	0,00	
Outra pessoa amamentou seu filho?	Não	100,00	95,24	0,467 <sup>2</sup>
	Sim	0,00	4,76	
Você deu leite em pó para seu filho?	Sim	100,00	100,00	-
	Não	0,00	0,00	
	Não se aplica	0,00	0,00	

Fonte: dados da pesquisa.

1: Razão de Verossimilhança; 2: Exato de Fisher.

Como evidenciado na Tabela 13, não houve diferença entre os grupos quanto ao percentual de mulheres que referiram adesão aos cuidados no pós-parto.

#### 6.4 Avaliação dos fatores associados ao conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV

A correlação entre os dados sociodemográficos e obstétricos e o conhecimento das mães HIV positivas está apresentada nas Tabelas 14 e 15, a seguir:

Tabela 14 - Correlação entre conhecimento e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto (variáveis numéricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018

		Pontuação do conhecimento (linha de base)	Pontuação do conhecimento (7 a 15 dias)	Pontuação do conhecimento (30 dias pós-parto)
<b>Idade da gestante</b>	r	-0,112	-0,014	0,117
	p-valor	0,257	0,907	0,444
<b>Escolaridade</b>	r	0,221	0,228	-0,035
	p-valor	<b>0,024</b>	0,057	0,820
<b>Renda familiar</b>	r	0,125	0,116	0,204
	p-valor	0,207	0,338	0,179
<b>Nº de consultas de pré-natal<sup>1</sup></b>	r	-0,090	-0,051	0,028
	p-valor	0,363	0,738	0,820
<b>Idade gestacional<sup>1</sup></b>	r	-0,051	0,016	0,071
	p-valor	0,610	0,919	0,566
<b>Nº de gestações</b>	r	0,089	-0,040	-0,006
	p-valor	0,369	0,744	0,968
<b>Nº de partos</b>	r	0,046	-0,055	0,005
	p-valor	0,642	0,653	0,975
<b>Nº de abortamentos</b>	r	0,110	0,018	-0,021
	p-valor	0,268	0,885	0,893
<b>Desde qual IG usa a medicação contra o HIV?</b>	r	-0,249	-0,188	0,416
	p-valor	<b>0,019</b>	0,140	<b>0,007</b>

Fonte: dados da pesquisa.

r: coeficiente de correlação linear de Pearson; 1: no caso do desfecho nos 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto, a variável corresponde ao momento da segunda avaliação.

A partir da Tabela 14, evidenciou-se que não houve correlação entre o conhecimento das mães HIV positivas na linha de base e nas demais fases do estudo e as seguintes variáveis: idade, renda familiar, número de consultas de pré-natal, idade gestacional, número de gestações, paridade e abortamentos.

Porém, houve correlação positiva, fraca e significativa ( $r=0,221$ ;  $p=0,024$ ) entre a escolaridade e a pontuação do conhecimento na linha de base, ou seja, antes mesmo da intervenção educativa. A partir disso, pode-se inferir que quanto maior a escolaridade, maior a pontuação do conhecimento das mães HIV positivas em relação à prevenção da TV.

A idade gestacional de início do uso da medicação antirretroviral também mostrou correlação com a pontuação do conhecimento na linha de base e no conhecimento pós-parto, sendo, na linha de base, uma correlação negativa, fraca e significativa ( $r=-0,249$ ;  $p=0,019$ ), ou seja, quanto menor a IG de início da medicação maior o conhecimento das mães na linha de base. Já na análise realizada 30 dias após o parto, observou-se uma correlação positiva, regular e significativa com a pontuação do conhecimento ( $r=-0,416$ ;  $p=0,007$ ), ou seja, quanto maior a IG de início da medicação antirretroviral no pré-natal maior o conhecimento das mães na fase 3 do estudo.

Tabela 15 - Fatores associados ao conhecimento e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto (variáveis categóricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018

	Pontuação conhecimento (linha de base)		Pontuação conhecimento (7 a 15 dias)		Pontuação conhecimento (30 dias pós-parto)	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
<b>Local da pesquisa</b>						
MEAC	4,26 (2,14)	0,282 <sup>1</sup>	5,10 (1,99)	0,919 <sup>1</sup>	5,04 (2,03)	0,252 <sup>1</sup>
Gonzaguinha	4,43 (1,99)		5,08 (1,75)		5,11 (1,82)	
HGF	5,57 (1,51)		5,50 (2,38)		7,50 (3,54)	
<b>Procedência</b>						
Fortaleza	4,64 (2,21)	0,431 <sup>1</sup>	5,17 (1,85)	0,706 <sup>1</sup>	5,56 (2,14)	<b>0,043<sup>2</sup></b>
Outros municípios do Ceará	4,12 (1,76)		5,12 (2,07)		4,23 (1,30)	
Outros Estados brasileiros/outros países	4,00 (2,74)		4,00 (1,41)		-	
<b>Situação conjugal</b>						
Solteira/Viúvo	3,97 (2,09)	0,161 <sup>2</sup>	4,05 (1,76)	<b>&lt; 0,003<sup>2</sup></b>	4,64 (1,91)	0,236 <sup>2</sup>
Casada / União Estável	4,59 (2,04)		5,54 (1,81)		5,42 (2,05)	
<b>Religião</b>						
Católica	4,17 (2,09)	0,194 <sup>1</sup>	5,03 (1,87)	0,796 <sup>1</sup>	5,00 (1,76)	0,534 <sup>1</sup>
Outra	4,00 (2,39)		4,88 (1,37)		5,59 (2,50)	
Evangélica	4,89 (1,84)		5,31 (2,13)		4,60 (1,14)	
<b>Descoberta HIV</b>						
Primigesta / multigesta (durante a gravidez atual ou após gravidez anterior)	4,03 (2,03)	<b>0,019<sup>2</sup></b>	4,67 (1,92)	<b>0,007<sup>2</sup></b>	4,69 (1,56)	0,056 <sup>2</sup>
Multigesta (antes da gravidez anterior ou durante a gravidez anterior)	5,00 (2,00)		5,92 (1,63)		6,10 (2,46)	
<b>Filho exposto ao HIV</b>						
Sim	5,14 (2,10)	<b>0,028<sup>1</sup></b>	5,32 (1,99)	0,802 <sup>1</sup>	5,26 (2,64)	0,834 <sup>1</sup>
Não	4,03 (1,98)		5,00 (1,89)		5,16 (1,46)	
Não sabe	3,67 (1,15)		5,00 (-----)		4,00 (-----)	
<b>Sorologia do esposo/companheiro</b>						
Reagente	4,02 (1,70)	0,080 <sup>1</sup>	5,30 (2,02)	0,264 <sup>1</sup>	5,41 (2,09)	0,270 <sup>1</sup>
Não reagente	4,91 (2,39)		5,24 (1,84)		5,40 (2,06)	
Desconhecido	3,95 (1,67)		4,20 (1,75)		4,13 (1,55)	
<b>Orientação sobre os cuidados</b>						
Sim	4,78 (1,87)	<b>&lt;0,001<sup>2</sup></b>	5,24 (1,92)	0,223 <sup>2</sup>	5,11 (1,96)	0,580 <sup>2</sup>
Não	2,90 (2,14)		4,50 (1,78)		5,57 (2,44)	
<b>Comorbidades</b>						
Sim	4,25 (2,27)	0,615 <sup>2</sup>	4,46 (1,64)	<b>0,037<sup>2</sup></b>	5,12 (1,87)	0,878 <sup>2</sup>
Não	4,47 (1,98)		5,46 (1,96)		5,21 (2,13)	
<b>Grupo</b>						
Intervenção	-	-	5,27 (1,99)	0,473 <sup>2</sup>	4,71 (2,10)	0,151 <sup>2</sup>
Controle	-	-	4,94 (1,82)		5,58 (1,89)	

Fonte: dados da pesquisa.

DP: desvio-padrão; 1: ANOVA; 2: teste t para amostras independentes.

A Tabela 15 mostra a associação entre a pontuação do conhecimento das gestantes HIV positivas e as variáveis categóricas nas três fases do estudo. Na análise da linha de base, houve associação do conhecimento com as médias das seguintes variáveis: momento da descoberta do HIV ( $p=0,019$ ), ter filho exposto ao HIV ( $p=0,028$ ) e ter recebido orientações acerca da prevenção da TV do HIV no pré-natal ( $p<0,001$ ). Assim, foi evidenciado que as multigestas que tiveram experiência prévia de gestar com a ciência da soropositividade ( $Md=5,00$ ,  $DP=2,00$ ), as que tiveram algum filho exposto ao HIV ( $Md=5,14$ ,  $DP=2,10$ ) e as que receberam orientações no pré-natal ( $Md=4,78$ ,  $DP=1,87$ ) apresentaram pontuação maior quanto ao conhecimento dos cuidados para a prevenção da TV do HIV na linha de base.

Na avaliação com 7-15 dias, houve associação do conhecimento com as médias das seguintes variáveis: situação conjugal ( $p<0,003$ ), momento da descoberta do HIV ( $p=0,007$ ) e apresentar comorbidades ( $p=0,037$ ). Destarte, foi demonstrado que as gestantes casadas ou com união estável ( $Md=5,54$ ;  $DP=1,81$ ), as multigestas que tiveram experiência prévia de gestar com a ciência da soropositividade ( $Md=5,92$ ,  $DP=1,63$ ) e as que não apresentaram nenhuma comorbidade ( $Md=5,46$ ,  $DP=1,96$ ) apresentaram pontuação maior quanto ao conhecimento dos cuidados para a prevenção da TV do HIV com 7-15 dias.

Na avaliação com 30 dias pós-parto, houve associação do conhecimento com a média da seguinte variável: procedência ( $p=0,043$ ). Portanto, foi demonstrado que as gestantes de Fortaleza ( $Md=5,56$ ,  $DP=2,14$ ) apresentaram pontuação maior quanto ao conhecimento dos cuidados para a prevenção da TV do HIV após o parto.

Ao final da análise bivariada dos dados apresentados nas Tabelas 14 e 16, procedeu-se a análise multivariada, de modo a serem selecionadas para o modelo inicial de regressão aquelas que apresentaram  $p<0,20$ .

A Tabela 16 mostra o modelo de regressão das variáveis sociodemográficas e obstétricas que apresentaram relevância estatística com o conhecimento das mães no decorrer do estudo.

Tabela 16 - Modelo final da regressão entre conhecimento e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Intervalo de Confiança 95,0% para B	
	B	Erro Padrão	Beta	p-valor	Limite inferior	Limite superior
<b>Linha de base<sup>1</sup></b>						
Orientação sobre os cuidados Desde qual IG usa a medicação contra o HIV?	-2,301	0,470	-0,457	<b>&lt;0,001</b>	-3,235	-1,367
Filho exposto ao HIV?	-0,878	0,375	-0,238	<b>0,022</b>	-1,625	-0,132
Situação conjugal	0,889	0,407	0,197	<b>0,032</b>	0,079	1,699
<b>7 a 15 dias<sup>2</sup></b>						
Situação conjugal	1,496	0,490	0,345	<b>0,003</b>	0,516	2,476
Descoberta HIV	1,341	0,460	0,329	<b>0,005</b>	0,422	2,261
<b>30 dias pós-parto<sup>3</sup></b>						
Desde qual IG usa a medicação contra o HIV?	-0,079	0,028	-0,416	<b>0,007</b>	-0,135	-0,023

Fonte: dados da pesquisa.

B: coeficiente de regressão; 1)  $r^2 = 0,32$ ;  $r^2$  ajustado = 0,29; p-valor do modelo: < 0,001; 2)  $r^2 = 0,24$ ;  $r^2$  ajustado = 0,21; p-valor do modelo: < 0,001; 3)  $r^2 = 0,17$ ;  $r^2$  ajustado = 0,15; p-valor do modelo: < 0,007.

Conforme evidenciado na Tabela 16, em relação à gestante HIV positiva ter recebido orientações sobre os cuidados para a prevenção da TV do HIV nas consultas pré-natais, verificou-se que quando as mães não recebem orientações nas consultas diminui a pontuação do conhecimento em 2,301 pontos na avaliação da linha de base ( $B=-2,301$ ,  $p<0,001$ ), o que vem reforçar a importância das orientações oferecidas pelos profissionais que atendem essa clientela.

Quanto ao início do uso da medicação antirretroviral na gestação, foi mostrado que à medida que ocorre o aumento em uma semana para o início de uso da medicação antirretroviral diminui em 0,048 a pontuação do conhecimento ( $B=-0,048$ ,  $p=0,017$ ) na *baseline*. Com 30 dias pós-parto, essa variável também mostrou relação com o conhecimento, verificando-se que à medida que ocorre o aumento em uma semana para o início de uso da medicação antirretroviral diminui em 0,079 a pontuação do conhecimento ( $B=-0,079$ ,  $p=0,007$ ).

No tocante a ter filhos expostos ao HIV, verifica-se que quando passa de ter para não ter filhos expostos diminui em 0,878 o conhecimento das mães na avaliação da linha de base ( $B=-0,878$ ,  $p=0,022$ ).

Em relação à situação conjugal, houve associação tanto na linha de base quanto na avaliação da fase 2, verificando-se na fase 1 que quando as mães são casadas ou têm união estável, há aumento de 0,889 no conhecimento das mães na avaliação da linha de base ( $B=0,889$ ,  $p=0,407$ ) e de 1,482 na avaliação 2 ( $B=1,496$ ,  $p=0,490$ ).

Na avaliação 2, também houve associação do momento da descoberta do HIV com o conhecimento no modelo final da regressão. Foi evidenciado que as multigestas que tiveram experiência prévia de gestar com a ciência da soropositividade têm aumento de 1,341 na pontuação do conhecimento na fase 2 do ECR ( $B=1,341$ ,  $p=0,005$ ).

A correlação e associação entre os dados sociodemográficos e obstétricos e a adesão das gestantes aos cuidados para prevenção da TV do HIV estão apresentadas nas Tabelas 17 e 18, a seguir:

Tabela 17 - Correlação entre adesão aos cuidados e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto (variáveis numéricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018

		Pontuação cuidados (linha de base)	Pontuação cuidados (7 a 15 dias)	Pontuação cuidados (30 dias pós-parto)
<b>Idade da gestante</b>	R	0,127	0,041	-0,003
	p-valor	0,199	0,739	0,986
<b>Escolaridade</b>	R	0,169	0,139	-0,111
	p-valor	0,087	0,250	0,467
<b>Renda familiar</b>	R	0,320	0,208	0,094
	p-valor	<b>0,001</b>	0,085	0,538
<b>Nº de consultas de pré-natal<sup>1</sup></b>	R	0,168	0,023	-0,178
	p-valor	0,089	0,853	0,241
<b>Idade gestacional<sup>1</sup></b>	r	0,135	-0,057	-0,076
	p-valor	0,173	0,643	0,622
<b>Nº de gestações</b>	r	-0,170	-0,150	-0,002
	p-valor	0,084	0,215	0,990
<b>Nº de partos</b>	r	-0,126	-0,132	-0,038
	p-valor	0,204	0,277	0,805
<b>Nº de abortamentos</b>	r	-0,133	-0,078	0,029
	p-valor	0,179	0,522	0,851
<b>Desde qual IG usa a medicação contra o HIV?</b>	r	0,035	-0,180	-0,202
	p-valor	0,743	0,159	0,206
<b>Carga viral do último exame</b>	r	-0,065	-0,141	-0,077
	p-valor	0,603	0,343	0,669
<b>Contagem de LT - CD4 +</b>	r	0,128	0,049	0,152
	p-valor	0,356	0,765	0,449

Fonte: dados da pesquisa.

r: coeficiente de correlação linear de Pearson na linha de base e 7 a 15 dias e correlação linear de Spearman nos 30 dias pós-parto; 1: no caso do desfecho nos 7 a 15 dias e 30 dias pós-parto, a variável corresponde ao momento da segunda avaliação.

A partir da Tabela 17, evidenciou-se que não houve correlação entre a adesão aos cuidados e as variáveis numéricas apresentadas. A única correlação significativa apresentada foi quanto à renda na linha de base, com correlação positiva e regular ( $r=0,320$ ;  $p=0,001$ ).

Tabela 18 - Fatores associados à adesão aos cuidados e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas nas três fases do estudo (variáveis categóricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018

(continua)

	Pontuação cuidados (linha de base)		Pontuação cuidados (7 a 15 dias)		Pontuação cuidados (30 dias pós-parto)	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Mediana (P25-P75)	p-valor
<b>Local da Pesquisa</b>						
MEAC	12,64 (2,81)	0,090 <sup>1</sup>	13,27 (2,84)	0,192 <sup>1</sup>	11,00 (9,00-11,00)	0,324 <sup>3</sup>
Gonzaguinha	13,43 (2,36)		14,34 (2,66)		11,00 (11,00-11,00)	
HGF	11,14 (2,62)		12,12 (3,57)		-	
<b>Procedência</b>						
Fortaleza	13,09 (2,49)	0,522 <sup>1</sup>	13,89 (2,63)	0,499 <sup>1</sup>	11,00 (11,00-11,00)	<b>0,010<sup>3</sup></b>
Outros municípios do Ceará	12,65 (2,92)		13,06 (3,20)		9,00 (9,00-11,00)	
Outros Estados brasileiros/outros países	11,70 (3,19)		14,00 (2,83)		-	
<b>Situação conjugal</b>						
Solteira/viúva	12,29 (2,77)	0,207 <sup>2</sup>	13,57 (3,32)	0,979 <sup>2</sup>	11,00 (11,00-11,00)	0,146 <sup>4</sup>
Casada/União Estável	13,02 (2,65)		13,59 (2,67)		11,00 (9,00-11,00)	
<b>Religião</b>						
Católica	12,97 (2,89)	0,698 <sup>1</sup>	13,80 (2,70)	0,804 <sup>1</sup>	11,00 (9,00-11,00)	0,324 <sup>3</sup>
Outra	12,30 (2,18)		13,38 (2,89)		11,00 (10,50-11,00)	
Evangélica	12,77 (2,64)		13,34 (2,11)		11,00 (10,00-11,00)	
<b>Descoberta do HIV</b>						
Primigesta/multigesta (durante a gravidez atual ou após gravidez anterior)	12,91 (2,70)	0,623 <sup>2</sup>	13,24 (3,10)	0,180 <sup>2</sup>	11,00 (9,50-11,00)	0,858 <sup>4</sup>
Multigesta (antes da gravidez anterior ou durante a gravidez anterior)	12,64 (2,71)		14,20 (2,25)		11,00 (9,00-11,00)	

Tabela 18 - Fatores associados à adesão aos cuidados e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas nas três fases do estudo (variáveis categóricas). Fortaleza/CE, Brasil, 2018

	Pontuação cuidados (linha de base)		Pontuação cuidados (7 a 15 dias)		Pontuação cuidados (30 dias pós-parto)	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Mediana (P25-P75)	p-valor
(conclusão)						
<b>Filho exposto ao HIV</b>						
Sim	12,03 (2,62)	0,101 <sup>1</sup>	13,12 (2,42)	0,299 <sup>1</sup>	11,00 (9,00-11,00)	0,732 <sup>3</sup>
Não	13,21 (2,69)		13,91 (3,05)		11,00 (9,00-11,00)	
Não sabe	13,33 (2,08)		10,50 (*)			
<b>Sorologia do esposo/companheiro</b>						
Reagente	12,72 (2,68)	0,278 <sup>1</sup>	13,67 (2,79)	0,423 <sup>1</sup>	11,00 (9,00-11,00)	0,658 <sup>3</sup>
Não reagente	13,20 (2,40)		13,84 (2,95)		11,00 (9,00-11,00)	
Desconhecido	12,05 (2,27)		12,50 (2,69)		11,00 (11,00-11,00)	
<b>Orientação sobre os cuidados</b>						
Sim	12,99 (2,65)	0,165 <sup>2</sup>	13,63 (2,88)	0,782 <sup>2</sup>	11,00 (9,00-11,00)	0,841 <sup>4</sup>
Não	12,07 (2,78)		13,38 (2,79)		11,00 (9,50-11,00)	
<b>Orientação sobre os cuidados no pós-parto</b>						
Sim	-	-	-	-	11,00 (11,00-11,00)	0,051 <sup>4</sup>
Não	-		-		11,00 (9,00-11,00)	
<b>Comorbidades</b>						
Sim	12,19 (2,88)	0,121 <sup>2</sup>	12,71 (2,81)	0,063 <sup>2</sup>	11,00 (9,00-11,00)	0,050 <sup>4</sup>
Não	13,08 (2,58)		14,04 (2,81)		11,00 (9,00-11,00)	
<b>Grupo</b>						
Intervenção	-	-	14,33 (2,26)	<b>0,018<sup>2</sup></b>	11,00 (9,00-11,00)	0,731 <sup>4</sup>
Controle	-		12,73 (3,22)		11,00 (9,50-11,00)	

Fonte: dados da pesquisa.

\*Média não foi possível calcular, devido às baixas frequências. 1: ANOVA; 2: teste t para amostras independentes; 3: Kruskal-Wallis; 4: U de Mann Whitney.

A Tabela 18 mostra que houve associação significativa da pontuação da adesão aos cuidados das gestantes HIV positivas na avaliação pós-parto com a procedência ( $p=0,010$ ), de modo que as gestantes provenientes de Fortaleza apresentaram mediana do conhecimento maior (11,00) do que aquelas provenientes de outros municípios (9,00). Vale frisar que a procedência foi também associada ao conhecimento das gestantes na avaliação de 30 dias após o parto, como mostrado anteriormente.

Na avaliação 2, o grupo intervenção apresentou pontuação da adesão significativa ( $Md=14,33$ ;  $DP=2,26$ ) quando comparada ao grupo controle ( $Md=12,73$ ;  $DP=3,22$ ), com valor de  $p=0,018$ .

Tabela 19 - Correlação entre conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

Conhecimento		Cuidado (linha de base)	Cuidado (7 a 15 dias)	Cuidado (30 dias após o parto)
<b>Linha de base</b>	r	0,021 <sup>1</sup>	0,134 <sup>1</sup>	0,232 <sup>2</sup>
	p-valor	0,829	0,270	0,125
<b>7 a 15 dias</b>	r	-	0,311 <sup>1</sup>	0,086 <sup>2</sup>
	p-valor	-	<b>0,009</b>	0,574
<b>30 dias pós-parto</b>	r	-	-	0,180 <sup>2</sup>
	p-valor	-	-	0,237

Fonte: dados da pesquisa.

1: correlação linear de Pearson; 2: correlação linear de Spearman.

A partir da Tabela 19, foi verificada correlação significativa entre conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV apenas na avaliação de 7-15 dias após o parto, sendo essa correlação significativa, positiva e regular ( $r=0,3111$ ;  $p=0,009$ ), mostrando que à medida que aumenta o conhecimento da linha de base para a avaliação 2, também aumenta a adesão aos cuidados para prevenção da TV do HIV.

Essa análise foi realizada à parte, em que apenas o conhecimento da linha de base foi selecionado para a análise multivariada do cuidado pós-parto devido  $p<0,20$ . No entanto, observou-se que o conhecimento prévio não foi suficiente para aumentar a adesão aos cuidados. Já em relação ao momento 2, embora a variável conhecimento 7 a 15 dias tenha sido correlacionada significativamente à adesão aos

cuidados 7 a 15 dias, esta não foi inserida nas avaliações do modelo inicial da regressão, pois o mesmo já tinha sofrido influência da intervenção.

Então, ao final da análise bivariada das variáveis apresentadas nas Tabelas 10, 11 e 12, procedeu-se à análise multivariada, na qual foram selecionadas para o modelo inicial de regressão aquelas que apresentaram  $p < 0,20$ .

Tabela 20 - Modelo final da regressão entre adesão aos cuidados e características sociodemográficas e obstétricas das gestantes HIV positivas na linha de base, 7 a 15 dias, 30 dias pós-parto. Fortaleza/CE, Brasil, 2018

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	p-valor	Intervalo de Confiança 95,0% para B	
	B	Erro Padrão	Beta		Limite inferior	Limite superior
<b>Linha de base<sup>1</sup></b>						
<b>Renda Familiar</b>	0,001	0,001	0,320	0,001	0,001	0,002
<b>Filho exposto</b>	1,034	0,471	0,202	0,031	0,099	1,969
<b>7 a 15 dias<sup>2</sup></b>						
<b>Grupo</b>	1,929	0,686	0,335	0,007	0,556	3,302
<b>Comorbidades</b>	1,664	0,717	0,277	0,024	0,229	3,099
<b>30 dias pós-parto<sup>3</sup></b>						
<b>Procedência</b>	-1,047	0,319	-0,432	0,002	-1,692	-0,403
<b>Comorbidades</b>	-0,666	0,299	-0,294	0,031	-1,269	-0,064

Fonte: dados da pesquisa.

B: coeficiente de regressão.

Nota: 1)  $r^2 = 0,14$ ;  $r^2$  ajustado = 0,13; p-valor do modelo:  $< 0,001$ ; 2)  $r^2 = 0,16$ ;  $r^2$  ajustado = 0,13; p-valor do modelo: 0,005; 3)  $r^2 = 0,27$ ;  $r^2$  ajustado = 0,24; p-valor do modelo: 0,001.

Os dados evidenciados na Tabela 20 revelam que à medida que ocorre o aumento da renda familiar em R\$ 1,00, há um acréscimo de 0,001 na pontuação da adesão aos cuidados das gestantes na linha de base ( $B=0,001$ ,  $p=0,001$ ). Ainda na *baseline*, evidenciou-se que ter tido previamente filho exposto ao HIV aumenta em 1,034 ( $B=1,034$ ,  $p=0,001$ ) pontos da adesão aos cuidados quando associado à renda familiar maior.

Pelo modelo de regressão com dados da avaliação 2, foi verificado que quando se passa do grupo controle para a intervenção, há aumento em 1,929 na pontuação da adesão aos cuidados ( $B=1,929$ ;  $p=0,007$ ). Em relação à comorbidade,

não ter comorbidade aumenta em 1,664 a pontuação da adesão quando associado ao grupo intervenção ( $B=1,664$   $p=0,024$ ).

Na análise de 30 dias pós-parto, no tocante a procedência, verifica-se que ser proveniente de outros municípios do Ceará, e não de Fortaleza, diminui em 1,047 a adesão das gestantes na avaliação da linha de base ( $B=-1,047$ ,  $p=0,002$ ). Em relação à comorbidade, não ter comorbidades diminui em 0,666 a pontuação da adesão quando associado a procedência ( $B=-0,666$   $p=0,031$ ). O que se mostra contraditório em relação ao resultado da análise de regressão de 7-15 dias da Tabela 20, porém pode-se justificar pela menor amostra na avaliação da fase 3.

## 7 DISCUSSÃO

Após a avaliação dos desfechos deste ECRC, 45 mulheres concluíram todas as etapas do estudo, havendo elevada perda da amostra inicial. Pesquisas que também utilizaram o telefone para avaliação dos desfechos de estudos do tipo ECR relataram perdas significativas durante o seguimento, variando de 40,9% a 56,9% (CHAVES, 2016; DODOU, 2017; TELES *et al.*, 2017).

Não ter conseguido o contato com as participantes foi o principal motivo de perdas de seguimento da amostra, sendo esse achado semelhante aos de outros estudos que também expressaram perdas elevadas (BUNIK *et al.*; 2010, CARLSEN *et al.*; 2013). Dessa forma, percebe-se que, apesar de o telefone ser uma tecnologia acessível nos dias atuais e de ser apontado como uma estratégia viável e benéfica para intervenções em saúde (CHAVES, 2016), o mesmo possui algumas limitações, como a interrupção do acompanhamento prestado pela dificuldade na comunicação.

Pode-se inferir também que, além da própria limitação dos estudos com telefone, há um agravante para a perda amostral deste ECRC: envolver gestantes e puérperas com HIV, tratando-se de uma população delicada, pois carrega enraizado consigo o preconceito da doença. Muitas mulheres não querem falar sobre sua condição, têm vergonha, além de o fato de poderem estar fora de casa ou perto de alguém para atender o celular, o que as deixam mais expostas e menos disponíveis para a pesquisa.

Pesquisas que utilizaram telefone com mulheres que vivem com HIV também referiram tais limitações como fatores associados à descontinuidade do acompanhamento telefônico. A possibilidade de perda da privacidade e da confidencialidade do diagnóstico no momento da ligação, evidenciada pelo medo da revelação do diagnóstico do HIV (SCHNEIDER, 2012; PEDROSA, *et al.* 2017). Apesar disso, foi verificado no início da pesquisa o interesse e a disponibilidade de horário dos pacientes em receber as ligações telefônicas a fim de facilitar a coleta.

Em estudo prévio realizado pela pesquisadora para validação da cartilha educativa utilizada na intervenção, verificou-se o elevado estigma que permeia a condição de viver com HIV, bem como a dificuldade de aceitar a doença. Além disso, foi verificado durante a coleta de dados do mesmo estudo que algumas mulheres

procuravam fugir do assunto da doença e queriam esconder a infecção dos familiares e conhecidos (LIMA, 2014), o que ajuda a explicar as perdas amostrais deste ECRC.

A mulher soropositiva para HIV, por se saber portadora de doença letal, convive com sentimentos angustiantes, como o medo, a vergonha, a ansiedade e a depressão. Associados a todos esses sentimentos, vivenciam o estigma, o preconceito, o isolamento, o abandono, experiências inerentes à revolta e indignação, sofrimento, além do medo da morte (LEMOS; FIUZA; GALVÃO, 2011).

A luta contra o estigma e a discriminação relacionados ao HIV/Aids exige o desenvolvimento conjunto e intersetorial de estratégias e intervenções, com a mobilização de diferentes atores sociais para lidar com esta questão complexa. A construção de uma rede de apoio é fundamental para uma luta eficaz contra a exclusão, a desigualdade e preconceito (REIS; GALVÃO; GIR, 2013).

## **7.1 Caracterização das participantes do estudo**

De acordo com os testes estatísticos aos quais os dados foram submetidos, foi possível constatar a homogeneidade dos grupos quanto às características sociodemográficas e gineco-obstétricas, exceto em relação à raça. Porém, a cor não parece ser uma variável relevante para influenciar em relação aos desfechos analisados.

A raça evidencia uma característica peculiar do Brasil, que é a diversidade de cores e etnias, a miscigenação. Assim, de acordo com a região do país em que se desenvolve determinada pesquisa, é de se esperar que haja maior predominância da raça da população em foco.

Conforme apresentado nos resultados, a média da idade das gestantes foi de 26,91 anos (DP=6,09), o que consiste em um dado esperado, por tratar-se do ápice do período reprodutivo. É possível perceber que os resultados obtidos quanto à faixa etária das gestantes soropositivas refletem os dados gerais do Brasil, pois, em média, 47,3% dos casos notificados no país estão entre gestantes de 20 a 29 anos (BRASIL, 2016).

Quanto à cidade de procedência das mulheres portadoras do HIV, houve predominância da capital do estado, Fortaleza (55,77%), o que pode justificar-se pela

própria localização das instituições onde se realizou o estudo. Ressalta-se, porém, que 39,42% das participantes eram procedentes de cidades do interior do estado, o que demonstra que a realidade da soropositividade para o HIV não se concentra apenas nos espaços urbanos, mas também nas cidades interioranas.

Essa situação é uma síntese de que a interiorização da epidemia ainda se confronta com a centralização das unidades prestadoras de serviço em HIV nos grandes centros urbanos, dificultando o acesso das grávidas ou puérperas residentes em municípios de menor porte e comprometendo a continuidade do tratamento (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Em relação à média da escolaridade das gestantes da linha de base foi de 9,14 anos de estudo (DP=2,47). Os estudos em geral mostram que há relação inversamente proporcional entre a quantidade de anos de acompanhamento escolar e a ocorrência da infecção pelo HIV em gestantes. Geralmente, os maiores números percentuais de mulheres no período gravídico infectadas pelo HIV apresentam níveis de escolaridade reduzidos (LIMA, 2014), porém aqui se encontrou um bom nível de escolaridade, o que se contrapõe a tal afirmativa.

O perfil escolar dessa amostra vai de encontro com o obtido em investigação realizada em Fortaleza com o objetivo de realizar uma avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV no estado do Ceará, a qual encontrou que a maior prevalência dos casos de gestantes HIV positivas registrados ocorreu em mulheres com menos de 7 anos de estudo (509; 37,32%), o que demonstra um baixo nível educacional (LIMA *et al*, 2014).

Quanto à ocupação das gestantes, 55,8% delas eram do lar, a média da renda foi de R\$ 1.094,06 reais e a maioria era casada ou tinha união estável (70,19%). A partir desses dados, pode-se inferir que como a maioria das mulheres não trabalhava e o companheiro era o responsável pela renda da família, que foi em torno de um salário mínimo.

Esses resultados assemelham-se aos de estudo realizado em Fortaleza que revelaram uma população que exercia, principalmente, trabalhos não remunerados, na qual a ocupação dona de casa esteve presente na maioria dos casos (60%). A investigação sobre a renda familiar mensal mostrou mais um aspecto

parecido com os dados aqui apresentados, visto que a maioria da amostra (86,7%) mencionou possuir renda mensal de até três salários mínimos (LIMA, 2014).

De acordo com Santos *et al.* (2009) esses dados podem estar relacionados tanto a uma condição de saúde comprometida, quanto aos obstáculos que essas mulheres com HIV enfrentam para entrar e manter-se no mercado de trabalho com esse diagnóstico.

Quanto ao trimestre da gestação na amostra da linha de base, a maioria das gestantes se encontrava no segundo trimestre (49,04%), com média de consultas de 3,65 durante a avaliação da linha de base, porém, não foi visto na coleta quantas consultas foram realizadas ao final da gestação, a fim de verificar se as gestantes realizaram um acompanhamento adequado relativo ao quantitativo de consultas.

A maioria das gestantes aqui envolvidas era multigesta com média de 2,8 gestações e 61,54% descobriram o HIV durante a gravidez atual ou após a gravidez anterior; 37,5% tinham filhos expostos ao HIV e desses 69,23% das crianças expostas obtiveram diagnóstico não reagente ou desconheciam o diagnóstico. Além disso, 92,31% das gestantes não apresentavam múltiplos parceiros.

Muitas mulheres tomam conhecimento da sua soropositividade durante a gestação por meio da realização do exame sorológico de caráter compulsório no pré-natal, enquanto algumas têm diagnóstico de HIV prévio à gestação em questão. Percebe-se que o fato de se ter uma epidemia estigmatizada, as mulheres, ao descobrirem o resultado positivo, muitas vezes apresentam como reação o silêncio (PADOIN *et al.*, 2011).

Em relação à utilização da medicação antirretroviral prescrita, 88,46% das gestantes referiram estar usando a medicação, sendo a maioria desde o início da gestação. Esse percentual é maior do que a estimativa de adesão da população de pessoas vivendo com HIV em geral, referida pela literatura que está em torno de 65%, (ROCHA *et al.*, 2010), porém, não foi questionado o modo desse uso, a fim de investigar de forma mais aprofundada se era regular.

Quanto ao recebimento de orientações acerca da prevenção da TV do HIV, 79,8% das mulheres receberam no PN e 53,33% no pós-parto, o que demonstra um percentual baixo visto que 100% deveriam ser bem informadas e empoderadas desses conhecimentos.

Considerando a qualidade na assistência, salienta-se a necessidade de implementação de ações de educação permanente. As mulheres usuárias dos serviços de saúde reconhecem a relevância de serem atendidas por profissionais capacitados, pois dessa forma as informações compartilhadas se tornam acessíveis, possibilitando romper com o ciclo de incompreensão e mito que permeia a Aids entre as mulheres (PISANI; ZOBOLI, 2009; HENRIQUES; LIMA, 2009).

O parto cesáreo ocorreu em 84,44% dos casos. Embora a via preferencial para gestantes com HIV seja a cesárea eletiva, a escolha da via de parto se baseia na carga viral, contagem de linfócitos TCD4 + e idade gestacional. A diminuição da CV (carga viral) se dá pela profilaxia da TARV (terapia antirretroviral), que tem como objetivo fazer com que a gestante que vive com HIV chegue ao momento do parto com a CV menor que 1.000 cópias/ml ou indetectável (BARBOSA; MARQUES; GUIMARÃES, 2018).

Mesmo havendo fatores inerentes ao parto vaginal que podem favorecer a contaminação pelo HIV, caso a gestante tenha possibilidade de ter o parto normal é importante que ela não perca sua autonomia e que tenha sua vontade respeitada na decisão da via de parto escolhida, não se tornando apenas um mero atendimento de um preceito de ordem médica e institucional (CARTAXO et al., 2013).

Quanto ao uso da medicação ARV no parto 86,67% das mulheres referiram ter recebido; 82,22% relataram que a criança utilizou a medicação prescrita ainda na maternidade, enquanto o restante (17,78%) não soube responder a essa questão e 84,44% das puérperas usaram carbegolina® para inibição da lactação.

A compreensão do contexto sociocultural em que essas mulheres estão inseridas deveria permitir a construção de estratégias capazes de alcançá-las e resgatá-las para um sistema de saúde mais acolhedor tal como concebido nos ideais da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2008).

## **7.2 Efeito da cartilha educativa no conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV**

Como demonstrado na revisão integrativa realizada, não foram encontradas publicações acerca da construção ou utilização de materiais educativos impressos no contexto da TV-HIV, o que dificulta a comparação dos resultados desta pesquisa com outros estudos. Além disso, a revisão sistemática realizada mostrou que não foi encontrado nenhum estudo com nível de evidência 1 ou 2 acerca de intervenções educativas utilizando material educativo impresso para a prevenção da TV-HIV, o que reforça a originalidade do presente ECRC e dificulta a discussão dos dados com a literatura. Fato que também enaltece a importância deste ECRC.

Destarte, a utilização de instrumento de coleta de dados elaborado e validado neste estudo impede a comparação da pontuação de conhecimento e de adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV com pesquisas similares.

A partir dos resultados, evidenciou-se que a cartilha em análise obteve efeito positivo significativo no aumento da pontuação do conhecimento do grupo intervenção de antes para após a intervenção educativa, na análise intragrupo, tanto com 7-15 dias, como 30 dias pós-parto. Porém, na análise intergrupo, não houve diferença estatística entre a média de pontuação do conhecimento entre os grupos da linha de base para as demais avaliações.

De forma semelhante, em estudo do tipo “antes e depois” com atividade educativa a partir de exposição dialogada que buscou avaliar o conhecimento de mulheres sobre prevenção, transmissão e percepção de vulnerabilidade em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o HIV também verificou que a educação em saúde contribuiu significativamente para o aumento do conhecimento das participantes e da sua percepção de vulnerabilidade a respeito de IST/HIV, comparando o conhecimento antes e depois das mesmas mulheres (RUFINO, *et al.* 2016).

Corroborando com o potencial positivo das intervenções educativas para aumento do conhecimento acerca da prevenção do HIV, em um estudo de intervenção com desenho quase experimental, sem grupo controle, foi possível concluir que o

conhecimento das mulheres relacionado ao HIV/Aids é insuficiente, porém a intervenção educativa foi capaz de melhorar o conhecimento das mulheres acerca das informações sobre a infecção pelo HIV (GONZÁLEZ, *et al.* 2013).

Pesquisa-ação que teve como objetivo elaborar e implementar uma proposta de intervenção para educação em saúde, de maneira interdisciplinar, por meio de atividades de grupo junto às pessoas vivendo com HIV/aids encontrou que tal estratégia é uma intervenção inovadora no serviço, visto que elaborou e desenvolveu atividades de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipatória e ética. Essa proposta foi uma experiência exitosa e possível de ser implementada nos serviços de saúde com baixo custo e com grande potencial para impacto na construção de vínculos entre a equipe de saúde e seus usuários e favorecendo a construção de uma prática interdisciplinar (REIS, *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil indica que, aproximadamente, 84% dos casos de AIDS pediátrica em crianças com até 13 anos de idade são decorrentes de TV, devido à falta de conhecimento das mulheres de como evitar a transmissão do HIV para o seu filho (BRASIL, 2013).

Estudo que buscou analisar o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da TV do HIV ratifica tal informação ao verificar que as informações as quais as mulheres soropositivas dispõem em torno da TV do HIV na gestação, parto e pós-parto e acerca de sua prevenção são bastante fragmentadas, às vezes, inconsistentes ou mesmo inexistentes. Este desconhecimento pode acarretar fragilidades na adoção das medidas necessárias para evitar a contaminação do feto pelo HIV, bem como aponta para o fato de que esta é uma população ainda pouco assistida em seus aspectos biopsicossociais, necessitando de atenção multiprofissional (ARRUDA, *et al* 2016).

As gestantes possuem *déficit* de conhecimento no que diz respeito à transmissão vertical do HIV, ressaltando a importância da educação contínua no pré-natal, orquestrada ao nível de compreensão das mulheres, conscientizando-as do seu direito de escolha do cuidado com o seu corpo e evitando o contágio dessas e de outras doenças. Essas oportunidades perdidas para realizar as intervenções no pré-natal mostram a deficiência no processo do controle da transmissão do HIV, o que nos distancia das normas, direitos e medidas preconizadas pelo MS. Recomenda-se

que as equipes de saúde recebam educação permanente sobre os avanços dessa epidemia na população feminina e as intervenções eficazes na redução dessa transmissão (JORDÃO, *et al*, 2016).

É essencial a efetivação de um cuidado humanizado às mães soropositivas a fim de proporcionar subsídios para o enfrentamento das principais dificuldades vivenciadas por elas, sendo indispensável que os profissionais se aproximem da realidade dessas mulheres, ouvindo-as e permitindo que elas expressem todas as suas dúvidas. Assim, a educação em saúde se mostra como o melhor caminho para suprir essas deficiências de conhecimento das gestantes soropositivas (ARRUDA, *et al*. 2016).

Todavia, apresentar conhecimento satisfatório acerca do HIV nem sempre é garantia de um comportamento mais responsável. Necessita-se de planejamento de atividades que visem à maior aderência às ações voltadas para a prevenção do HIV, visto que a mudança de atitudes é gerada a partir da introjeção do senso de responsabilidade despertado e assumido pelo indivíduo, e não por imposição ou obrigação. Portanto, embora a ação educativa realizada tenha resultado em respostas satisfatórias, ainda precisa-se ir além, alçar voos maiores, visando à promoção da saúde (RUFINO, *et al*. 2016).

Tendo em vista isso, foi analisada neste ECRC, além do conhecimento, a adesão das mulheres aos cuidados para a prevenção da TV-HIV. Conforme evidenciado nos resultados, foi efetiva a intervenção com a cartilha educativa no aumento da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV da linha de base para a segunda avaliação (7-15 dias após), tanto na análise intra quanto intergrupo.

Vale ressaltar que, durante a intervenção com a cartilha, foram abordados os principais cuidados preconizados para prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação, parto e puerpério, tais como: cuidados durante a gestação - uso da terapia antirretroviral, alimentação saudável, uso do preservativo durante as relações sexuais, comparecimento às consultas e realização de exames periódicos e manutenção de um estilo de vida saudável; tipos de parto; uso da terapia antirretroviral no parto e pela criança; contra-indicação do aleitamento materno; inibição da lactação

e uso da fórmula láctea pelo bebê, além da importância do acompanhamento do bebê após o parto (LIMA *et al.*, 2017).

Verificaram-se, ainda, nos resultados, que não houve diferença significativa na pontuação da adesão aos cuidados pós-parto entre os grupos ( $p=0,731$ ), já que a mediana se manteve a mesma entre GC e GI. Percebe-se, assim que as mães realizaram os devidos cuidados preconizados com as crianças, atingindo mediana de pontuação excelente na terceira avaliação.

Corroborando com o resultado positivo quanto ao uso de intervenção educativa para avaliar a adesão de mulheres com HIV a um dos cuidados para prevenir a TV-HIV que é a utilização da medicação ARV, estudo quase-experimental, antes e depois, realizado com mulheres que vivem com o HIV e que teve o objetivo de avaliar o impacto de uma intervenção telefônica na adesão à terapia antirretroviral encontrou diferença estatisticamente significativa na média dos escores de adesão antes e depois da intervenção (PEDROSA, *et al.* 2017). Tal estudo, no entanto, refere que o uso de apenas um instrumento para medida da adesão à terapia antirretroviral interfere na generalização dos achados.

Ainda em relação a estudos de intervenção que buscaram avaliar o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso, foi encontrado estudo randomizado controlado com mulheres brasileiras que vivem com HIV, o qual buscou avaliar se um sistema de alerta de mensagens SMS aumenta a adesão ao tratamento antirretroviral. A pesquisa verificou que as mensagens de SMS podem ajudar a adesão à terapia antirretroviral por um período de pelo menos quatro meses, bem como as pacientes ficaram satisfeitas com as mensagens recebidas, que foram vistas como lembretes, incentivos e sinais de afeto pelo serviço de saúde (COSTA, *et al.* 2012).

Não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse a eficácia de intervenção educativa mediante material impresso dentro do contexto da TV-HIV, porém pesquisas experimentais e quase experimentais que buscaram avaliar os efeitos do uso de álbum seriado como intervenção educativa na melhoria da autoeficácia materna na amamentação mostraram que o álbum seriado teve efeito positivo na elevação da autoeficácia das mães, mostrando que esse tipo de material instrucional

é benéfico e seu uso deve ser estimulado para melhoria do comportamento do público-alvo que o utilizar (DODT, *et al.*, 2015; CHAVES, *et al.*, 2015).

Vale frisar que a adesão aos cuidados para a prevenção da TV-HIV também perpassa por fatores como disponibilidade e acessibilidade das mulheres aos serviços de saúde e aos insumos de saúde, como os medicamentos, disponibilidade de preservativos, coleta e recebimento de exames em tempo hábil, além do acesso à informação e às redes de apoio, bem como do modelo de assistência realizado pelos profissionais de saúde.

Em pesquisa cujo objetivo foi conhecer os déficits de autocuidado de gestantes/puérperas com HIV/Aids encontrou-se que as mesmas apresentam déficits de autocuidado relacionados com a alimentação, ingesta hídrica, sono e repouso, vida sexual, lazer e recreação e interação social. Convivem tanto com fatores que contribuem para o engajamento no autocuidado quanto com fatores que o dificultam. Embora com dificuldades, as gestantes/puérperas têm conseguido sobreviver ao isolamento e ao preconceito graças ao apoio familiar e da equipe de saúde, em especial das enfermeiras. Além disso, observa-se que algumas gestantes/puérperas com HIV efetivamente realizam ações que refletem seu engajamento no autocuidado: no tratamento, frequentando o serviço de saúde, tomando sua medicação, informando, em alguns casos, os serviços de saúde sobre sua sorologia e necessidade de tratamento (SCHERER; BORENSTEIN; PADILHA, 2009).

Estudo que buscou compreender as razões pelas quais as mulheres soropositivas têm enfrentado dificuldades para realizar o acompanhamento para a PTV-HIV/Aids encontrou, por meio da análise das falas dos sujeitos, que não apenas um, porém múltiplos fatores afetam a não-adesão ao tratamento. Mulheres que, devido ao acúmulo de funções, dentro e fora do lar, associadas à drogadição, à violência, ao abandono, à carência, à imaturidade afetiva e, principalmente à falta de perspectiva, têm se submetido à vulnerabilidade de infecção pelo vírus. Essas questões estão relacionadas à identidade de gênero, à sexualidade, ao comportamento dos parceiros e à situação socioeconômica que reforça a sua condição de opressão (CECHIM; PERDOMINI; QUARESMA, 2007).

Tal estudo revelou ainda que, além de iniciar tardiamente o pré-natal, outros fatores contribuíram para a não-realização das consultas periódicas e, por

consequente, à não adesão ao protocolo proposto pelo Ministério da Saúde. São elas: deficiência financeira para transporte até o atendimento de alto risco; demora na entrega dos resultados laboratoriais; falta de rede de apoio para cuidar dos demais filhos enquanto estivesse ausente para consultas e exames; falha na comunicação do profissional de saúde com a gestante e falta de interesse da gestante (negação da doença) (CECHIM; PERDOMINI; QUARESMA, 2007).

Assim, salienta-se a necessidade de investimento em ações educativas não só para a prevenção de novas infecções pelo HIV e a decisão reprodutiva, como também para adesão ao tratamento e aos cuidados para a PTV-HIV. Considerando a qualidade na assistência, verifica-se a necessidade de implementação de ações de educação permanente aos profissionais que atendem a essa clientela peculiar. Entende-se que a qualidade do atendimento nos serviços de saúde favorece a redução do coeficiente de mortalidade materna e da frequência de transmissão vertical do HIV (LANGENDORF *et al.*, 2012).

Em meio ao avanço tecnológico e ampla divulgação de informações pela mídia, o quantitativo de pessoas que permanecem desconhecendo ou com conceitos desatualizados sobre o HIV/Aids é significativo, percebendo-se que o acesso à informação sobre as questões que permeiam a profilaxia da transmissão vertical do HIV ainda é precário. Nesse sentido, destaca-se o enfermeiro como mediador entre os planos de vulnerabilidade, sendo capaz de promover espaços dialógicos nos serviços de saúde a fim de compartilhar com a população o conhecimento acerca do HIV/Aids. Dessa forma, as pessoas têm acesso às informações e a possibilidade de as utilizarem, autonomamente, em prol da continuidade dos cuidados com sua saúde (LANGENDORF *et al.*, 2012).

Os enfermeiros e demais membros das equipes de saúde precisam buscar alternativas no processo de cuidado nos centros de saúde e nos serviços especializados, para que haja maior interação entre a equipe e as mães, sendo a escuta qualificada um dos modos fundamentais de buscar rupturas possíveis nos seus modos de pensar e agir, além de se encontrar soluções conjuntas que contribuam, de alguma maneira, para a aceitação da existência da infecção pelo HIV e seus riscos, resultando em melhores cuidados a si e ao seu filho (FREITAS; BARROSO; GALVÃO, 2013).

Dessa forma, pode-se inferir que por meio da cartilha educativa é possível melhorar o conhecimento e, conseqüentemente, a adesão das mulheres aos cuidados para prevenção da TV do HIV, visto que, ao utilizá-la, o enfermeiro e demais membros da equipe de saúde que acompanham as gestantes e puérperas HIV+ têm um instrumento capaz de padronizar as informações básicas necessárias para empoderar essas mães.

### **7.3 Fatores associados ao conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV**

A análise da influência das variáveis sociodemográficas e gineco-obstétricas das participantes envolvidas nos desfechos analisados deste ECR são importantes aspectos a serem considerados, visto que a partir da ciência de tal análise possibilita-se o melhor planejamento de ações futuras direcionadas à realidade da população envolvida com vistas ao aumento do conhecimento e adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

De acordo com os resultados deste estudo, evidenciou-se pela análise de correlação e/ou de regressão das características sociodemográficas e obstétricas com a pontuação do conhecimento que as seguintes variáveis apresentaram correlação positiva com o aumento do conhecimento das mães HIV positiva em algumas das avaliações: escolaridade; IG de início da medicação ARV; mulheres multigestas que tiveram experiência prévia de gestar com a ciência da soropositividade; gestantes que receberam orientações no pré-natal; mulheres casadas; gestantes de Fortaleza e as mulheres que não apresentaram nenhuma comorbidade.

Estudo que buscou identificar o conhecimento de gestantes sobre transmissão vertical e HIV corrobora com tais achados, tendo em vista que foi observada associação estatisticamente significativa em relação ao conhecimento da transmissão vertical do HIV para as mulheres em união conjugal ( $p=0,0422$ ), em que para a presença do parceiro fixo o nível de conhecimento das gestantes aumentou. Além disso, as mulheres com menor escolaridade obtiveram menor conhecimento da transmissão vertical do HIV, apresentando correlação fraca ( $r=-0,2889$ ) (JORDÃO, *et al*, 2016).

Ainda quanto ao estudo anterior citado, observou-se que enquanto algumas gestantes expressaram conhecimento sobre a transmissão vertical do HIV, outra parcela significativa se revelou desinformada acerca desse tipo de transmissão, e foi constatado que, no pré-natal, o aconselhamento nem sempre acontece. Destarte, no presente ECRC verificou-se que as gestantes que receberam orientações no pré-natal (Md=4,78, DP=1,87) apresentaram pontuação maior quanto ao conhecimento dos cuidados para a prevenção da TV do HIV, evidenciando a importância da educação contínua no pré-natal, orquestrada ao nível de compreensão das mulheres, conscientizando-as do seu direito de escolha do cuidado com o seu corpo e evitando o contágio dessas e de outras doenças (JORDÃO, *et al*, 2016).

Quanto à associação da adesão aos cuidados e as características sociodemográficas e obstétricas pela análise de correlação, foi verificada correlação significativa apresentada com a renda e a procedência, em que as mulheres com maior renda e provenientes de Fortaleza apresentaram maior adesão. Em relação à análise de regressão entre adesão aos cuidados e os dados sociodemográficos e obstétricos, encontrou-se associação significativa com a renda familiar; ter tido previamente filho exposto ao HIV; não ter comorbidade e ser proveniente de fortaleza, em que todos aumentaram a adesão das mães aos cuidados para PTV-HIV.

A literatura tem evidenciado diversos fatores que podem influenciar a adesão em gestantes HIV positivas. No entanto, trata-se de uma área de estudos ainda recente, que conta com um número reduzido de pesquisas envolvendo a adesão nessa população específica, sobretudo no contexto brasileiro. Aspectos associados ao acompanhamento pré-natal (p. ex., momento do início) e à própria gestação (p. ex. primípara ou múltipara, diagnóstico na gestação atual) não têm sido considerados na avaliação de adesão nos estudos encontrados (FARIA *et al.*, 2014).

Estudo que avaliou a adesão ao tratamento em gestantes vivendo com HIV refere que fatores associados à não-adesão à terapia antirretroviral incluem aspectos sociodemográficos, relacionados à vulnerabilidade ao HIV, ao acesso aos serviços de saúde e ao tratamento medicamentoso (FARIA *et al.*, 2014).

Corroborando com o presente ECRC, em estudo de revisão que avaliou a vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV, evidenciou-se que a renda se relaciona à qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, pois há preocupação com a saúde, preocupação financeira, questões relativas à medicação e satisfação com a vida. Assim, tal variável pode repercutir nos cuidados com a profilaxia da TV (LANGENDORF *et al.*, 2012).

Pesquisa revelou que o apoio emocional se mostrou particularmente relevante enquanto facilitador da adesão em gestantes. A medida de apoio emocional usada envolveu componentes de apoio informativo e emocional. Muitas ansiedades presentes na gestação, sobretudo aquelas referentes ao medo da infecção do bebê e da revelação do diagnóstico podem ser amenizadas quando a gestante recebe informações e orientações quanto a questões práticas associadas ao tratamento e a gravidez nesse contexto. O aspecto informativo, presente no apoio emocional, favoreceria o enfrentamento da infecção e a realização do tratamento, incluindo a adesão ao mesmo (FARIA *et al.*, 2014).

Esse resultado reforça a necessidade da oferta de informação de qualidade às gestantes, a fim de melhorar seu conhecimento, diminuir sua ansiedade e aumentar sua adesão aos cuidados, minimizando riscos da transmissão vertical do HIV.

Em revisão integrativa da literatura que teve como objetivo avaliar as evidências disponíveis acerca dos fatores que interferem na TV do HIV verificou-se que os fatores de risco e de proteção podem ser associados ou independentes entre si, de modo que para a redução das taxas de TV devem ser realizadas ações que visem identificar os fatores que facilitam a transmissão vertical de modo a minimizá-los e os fatores que dificultam de modo a promovê-los. Apontou-se, ainda, a lacuna de ensaios clínicos randomizados entre as pesquisas brasileiras neste tema (HOFFMANN *et al.*, 2014).

## 8 LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Dentre as limitações do estudo aqui apresentado, registra-se o fato de não haver na literatura um instrumento para mensurar o conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV, tendo sido necessário construir e validar um instrumento próprio nesta pesquisa. Porém, não ter registros prévios de publicações com tal instrumento de coleta inviabilizou o cálculo amostral, acarretando em convidar toda a população do estudo para participar.

Pode-se citar também como limitação, o reduzido número de mulheres que permaneceram até o final da pesquisa, bem como o elevado percentual de perdas ao longo do estudo, o que restringe a generalização dos efeitos.

As características peculiares do público-alvo deste estudo, como o elevado estigma relacionado à infecção contribuiu para tais perdas, bem como parte da coleta ter sido por telefone. Além disso, o fato de os pesquisadores não fazerem parte do serviço no qual as mulheres realizavam o pré-natal também pode ser apontado como fator limitante e que trouxe certa resistência das mesmas a participarem e permanecerem no estudo.

Com isso, foi possível identificar a necessidade de ajustes no processo de coleta de dados, como deixar a opção de realização de visita domiciliar, a partir da identificação de endereço, para realizar o seguimento das participantes que não foi possível contatar por telefone. Pode-se também verificar em estudos futuros a possibilidade de os profissionais do serviço serem treinados para realizarem a coleta de dados, minimizando a resistência das mulheres de participarem da pesquisa.

Apesar de tais limitações, o estudo se trata de uma iniciativa inédita e pioneira com esse público utilizando material educativo impresso a nível nacional e internacional, o que permite não somente o preenchimento dessa lacuna na literatura, mas também o conhecimento de limitações que possam ser ajustadas em futuras publicações.

Em relação às contribuições deste ECRC, pode-se afirmar que o resultado evidenciado acerca do impacto positivo da intervenção educativa com a cartilha no conhecimento e adesão aos cuidados para prevenção da TV do HIV demonstra a importância dessa estratégia a ser implementada nos serviços de saúde como

complementação ao cuidado habitual, com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada.

O estudo permitiu, ainda, a delimitação de parâmetros para cálculo amostral de outras pesquisas que utilizem os instrumentos de coleta de dados, considerando a diferença de média na variável desfecho.

Assim, espera-se que novas publicações sejam realizadas, sendo incluídos não somente um maior número de participantes, mas também outros aspectos aqui não abordados, como o custo-efetividade.

## 9 CONCLUSÃO

O estudo foi conduzido com a hipótese de que o conhecimento e a adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV de gestantes e puérperas soropositivas para o vírus que tivessem acesso à cartilha educativa seriam maiores que o conhecimento e adesão das que não obtivessem acesso.

Inicialmente, a partir da revisão realizada, mostrou-se que o presente ensaio clínico é uma iniciativa pioneira, tendo em vista que não foi encontrado nenhum estudo com nível de evidência 1 ou 2 acerca de intervenções educativas utilizando cartilha ou qualquer outro material educativo impresso para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

Os resultados evidenciaram que a cartilha em estudo obteve efeito positivo significativo, na análise intragrupo, no aumento da pontuação do conhecimento do grupo intervenção a curto e em longo prazo após a intervenção com a cartilha, porém, na análise intergrupo não houve diferença estatística entre a média de pontuação do conhecimento entre os grupos da linha de base para as demais avaliações.

A intervenção com a cartilha educativa também foi efetiva no aumento da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação, tanto na análise intra quanto intergrupo.

No entanto, não houve diferença significativa na pontuação da adesão aos cuidados pós-parto entre os grupos, já que a mediana se manteve a mesma entre GC e GI, ou seja, as mães realizaram os devidos cuidados preconizados com as crianças, atingindo mediana de pontuação excelente na terceira avaliação.

Por fim, com esse estudo foi possível verificar que a intervenção educativa utilizando a cartilha “Como prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho?: fique por dentro!” aumenta os níveis de conhecimento a curto e a longo prazo no grupo que tem acesso a essa tecnologia e na adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão vertical do HIV de gestantes soropositivas, podendo ser mais uma estratégia a ser utilizada desde o pré-natal no intuito de empoderar as mães que vivem com HIV e oferecer suporte de informação adicional para que possam realizar as medidas necessárias para minimizar riscos da transmissão vertical do HIV.

## REFERÊNCIAS

- ÁFIO, A. C. E. et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev RENE**, v. 15, n. 1, p. 158-165, 2014.
- ARRUDA, S. F. A. et al. Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV. **Rev enferm UFPE**, v.10, p. 1441-1449, 2016.
- BARBOSA, B. L. F. A.; MARQUES, A. K.; GUIMARÃES, J. V. Gestantes HIV positivas e os fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV. **Rev. enferm UFPE**, v. 12, n. 1, p. 171-178, 2018.
- BERNIER, M. J. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. **Patient Educ. Couns.**, v. 29, n. 3, p. 283-299, dez. 1996.
- BIANCHINI, S. M.; GALVÃO, C. M.; ARCURI, E. A. M. Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa. **Online braz. j. nurs.**, v. 9, n. 2, 2010.
- BOATENG, D.; KWAPONG, G. D.; AGYEI-BAFFOUR, P. BMC Knowledge, perception about antiretroviral therapy (ART) and prevention of mother-to-child-transmission (PMTCT) and adherence to ART among HIV positive women in the Ashanti Region, Ghana: a cross-sectional study. **BMC Womens Health**, v. 13, n. 2, 2013.
- BOUTRON, I. et al. Methods and processes of the CONSORT group: example of an extension for trials assessing nonpharmacological treatments. **Ann Intern Med**, v. 148, n. 4, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Indicadores e dados básicos da AIDS nos municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim epidemiológico Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BYAMUGISHA, R. et al. Attitudes to routine HIV counselling and testing, and knowledge about prevention of mother to child transmission of HIV in eastern Uganda: A cross-sectional survey among antenatal attendees. **J. Int. AIDS Soc.**, v. 13, n. 52, 2010.

CARLSEN, E. M. et al. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. **Am J Clin Nutr**, v. 98, p. 1226-1232, 2013.

CARTAXO, C. M. B. et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 3, p. 419-427, 2013.

CEARÁ (Estado). Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Fortaleza: SESA, 2017.

CECHIM, P. L.; PERDOMINI, F. R. I.; QUARESMA, L. M. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia pré-natal. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 5, p. 519-523, 2007.

CHAVES, A. F. L. et al. Aplicação de álbum seriado para promoção da autoeficácia materna em amamentar. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 407-414, 2015.

CHAVES, A. F. L. **Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno**: ensaio clínico randomizado controlado. 2016. 110 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.

COSTA, T. M. et al. Results of a randomized controlled trial to assess the effects of a mobile SMS-based intervention on treatment adherence in HIV/AIDS-infected Brazilian women and impressions and satisfaction with respect to incoming messages. **International Journal of Medical Informatics**, v. 81, n. 4, p. 257-269, 2012.

CULLUM, N. et al. **Enfermagem baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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. 1788-1796, 2010.

DEAN, A. L. et al. A pilot study using interactive SMS support groups to prevent mother-to-child HIV transmission in South Africa. **J Telemed Telecare**, v. 18, n. 7, p. 399-403, 2012.

DELPHINO, T. M.; SOUSA, P. A.; SANTANA, R. F. Telemonitoramento como intervenção no pós-operatório de facectomia: revisão sistemática da literatura. **Rev Min Enferm**, v. 20, p.937, 2016.

DODOU, H. D. **Promoção do aleitamento materno a partir de uma intervenção educativa de longa duração mediada por telefone**: ensaio clínico randomizado controlado. 2017. 252 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará Fortaleza, 2017.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará Fortaleza, 2011.

DODT, R. C. M. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 725-732, 2015.

FADNES, L. T. Infant feeding counseling in Uganda in a changing environment with focus on the general population and HIV-positive mothers - a mixed method approach. **BMC Health Serv. Res.**, v. 10, n. 260, 2010.

FALNES, E. F. et al. Mothers' knowledge and utilization of prevention of mother to child transmission services in northern Tanzania. **J. Int. AIDS Soc.**, v. 13, n. 36, 2010.

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

FEITOSA, J. A. et al. Aconselhamento do pré-teste anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 559-564, 2010.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 3, n. 4, p. 393-400, 2003.

FREITAS, J. G.; BARROSO, L. M. M.; GALVÃO, M. T. G. Capacidade de mães para cuidar de crianças expostas ao HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2013.

GONZÁLEZ, O. P. et al. Intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre el VIH/sida en mujeres en edad fértil. **Rev. Ciencias Médicas.**, v. 17, n. 6 nov./dez. 2013.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2355-2367, 2010.

HENRIQUES, M. E. R. M.; LIMA, E. A. R. Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 952-963, 2009.

HOFFMANN, I. C. et al. Fatores que interferem na transmissão vertical do HIV: revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, v. 1, n. 1, p. 31-39, 2014.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JENNINGS L. et al. Exploring the use of mobile phone technology for the enhancement of the prevention of mother-to-child transmission of HIV program in Nyanza, Kenya: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 13, 2013.

JORDÃO, B. A. et al. Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 26-34, 2016.

JOVENTINO, E. S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará Fortaleza, 2013.

JOVENTINO, E. S. et al. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 176-184, 2011.

JOVENTINO, E. S. et al. The use of educational video to promote maternal self-efficacy in preventing early childhood diarrhea. **International Journal of Nursing Practice**, v. 23, n. 12524, p. 1-7, 2017.

KUHLMANN, A. K. S. et.al. Radio role models for the prevention of mother-to-child transmission of HIV and HIV testing among pregnant women in Botswana. **Health Promot Int.**, v. 23, n. 3, p. 260-268, 2008.

LANGENDORF, T. F. et al. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-766, 2012.

LE MOS, L. A.; FIUZA, M. L. T.; GALVÃO, M. T. G. Cotidiano feminino da vivência com o HIV em grupo de autoajuda. **Rev. Rene**, v. 12, n. 3, p. 613-620, 2011.

LIMA, A. C. M. A. C. C. et al. Epidemiologic assessment of prevention of vertical transmission of HIV. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 4, p. 311-318, 2014.

LIMA, A. C. M. A. C. C. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV**. 2014. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

LIMA, A. C. et al. Construção e validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 2, p. 181-189. 2017

LIMA, I. C. V. et al. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/Aids. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 3, p. 556-563, 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAHMOUD, M. M. et.al. Knowledge and attitude toward HIV voluntary counseling and testing services among pregnant women attending an antenatal clinic in Sudan. **J Med Virol.**, v. 79, n. 5, p. 469-473, 2007.

MARTINS, A. K. L. et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 324-329, 2011.

MARTINS, J.; SOUSA, L. M.; OLIVEIRA, A. S. Recomendações do enunciado CONSORT para o relato de estudos clínicos controlados e randomizados. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 42, n. 1, p. 9-21, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MERHY, E. L. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIRANDA, A. E. et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, 2016.

MOORE, J. et al. Challenges and successes of HIV voluntary counselling and testing programme in antenatal clinics in Greater Kingston, Jamaica. **West Indian Med. J.**, v. 57, n. 3, p. 269-273, 2008.

MOURA, E. L.; PRAÇA, N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 405-413, 2006.

NASCIMENTO, L. A. et al. Evaluation of educational videos produced in Brazil about infant diarrhea: a documental study. **Online braz j nurs.**, v. 13, n. 3, p. 311-20, 2014.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte III – Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 2, p. 221-228, 2004.

NOGUEIRA, S. A. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. **Braz. J. Infect. Dis.**, v. 5, n. 2, p. 78-86, 2001.

OMWEGA, A. M.; OGUTA, T. J.; SEHMI, J. K. Maternal knowledge on mother-to-child transmission of HIV and breastmilk alternatives for HIV positive mothers in Homa Bay District Hospital, Kenya. **East Afr Med J.**, v. 83, n. 11, p. 610-8, 2006.

OLIVEIRA, P.M.P., PAGLIUCA, L. M. F. Assessment of an educational technology in the string literature about breastfeeding. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 205-212, 2013.

PADOIN, S. M. M. et al. Vulnerabilidade materno-infantil: Fatores de (não) adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 443-452, 2011.

PEDROSA, S. C. et al. Intervenção telefônica altera a adesão à terapia antirretroviral de mulheres com vírus da imunodeficiência humana. **Rev Rene**, v. 18, n. 3, ago. 2017.

PISANI, J.P.; ZOBOLI, E.L.C.P. Doenças sexualmente transmissíveis: preservar a confidencialidade do marido ou proteger a saúde da mulher? **Cogitare enferm.**, v. 16, n. 2, p. 213-218, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRAÇA, N. S.; BARRANCOS, J. T. G. Teste anti-HIV e aconselhamento no pré-natal: percepção de puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 28, n.1, p. 106-116, 2007.

REIS, R.K.et. al. Educação em saúde junto às pessoas com HIV/Aids. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 3, p. 402-410, 2014.

REIS, R. K.; GALVÃO, M. T. G.; GIR, E. Challenges to an effective response for addressing stigma and discrimination related to HIV: from denial of rights to construction of support networks. **J. Int. AIDS Soc.**, v. 16, n. 18931, 2013.

ROCHA, G. M. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão sistemática, 2004-2009. In: BRASIL. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil**: coletânea de estudos do Projeto Atar. Brasília: Ministério da Saúde, 1010. p. 17-32.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo do Cuidado. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 1, p. 113-116, 2008.

RUFINO, E.C. et.al. Conhecimento de mulheres sobre IST/AIDS: intervindo com educação em saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 2, p. 304-311, 2016.

SANTOS, E. M.; REIS, A. C.; WESTMAN, S.; ALVES, R. G. 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.

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.359-365, 2009.

SCHNEIDER, J.A. et.al. Telephonic follow-up of Indian truck-drivers and cleaners participating in a government HIV peer educator prevention program reveals challenges in program evaluation. **AIDS Behav**, v.16, n.5, p.1359-1363, 2012.

SILVA, J.V.F.; NASCIMENTO JÚNIOR F.J.M.; RODRIGUES, A.P.R.A. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública. **Cad Grad-Ciênc Biol Saúde-FITS**, v. 2, n. 1, p. 165-175, 2014.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 652-660, 2009.

SANTOS, G. H. N. et.al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SILVA, G. R. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Percepção de mães sobre um manual educativo sobre estimulação visual da criança. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n.4, p. 847-857, 2009.

SILVA, O.; TAVARES, L. H. L.; PAZ, L. C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. **Enfermagem em Foco**, v. 2, p. 58-62, 2011.

SILVA, M. R.; ALVARENGA, W. A, DUPAS, G. Caregiver experience in preventive treatment for children exposed to Human. **Rev. RENE**, v.15, n. 5, p. 743-52, 2014.

TELES L.M.R. et. al. Efficacy of an educational manual for childbirth companions: pilot study of a randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 25, e.2996, 2017.

TELES L. M. R. et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 6, 2014.

TEIXEIRA, S. V. B. et. al. Women living with HIV: the decision to become pregnant. **R. Pesq.: cuid. fundam.**, v. 5, n. 1, p. 3159-3167, 2013.

UNITED NATIONS. **Get on the fast-track: the life-cycle approach to HIV** - Finding solutions for everyone at every stage of life. UNAIDS, 2016.

WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J AdvNurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

APÊNDICE A – CAPA DA CARTILHA EDUCATIVA IMPLEMENTADA



## Ilustrações representativas da cartilha “Como prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho? Fique por dentro!”

O que é HIV?	Como descobrir se você tem HIV?	Cuidados no pré-natal para prevenção da transmissão vertical do HIV
<p>HIV é o vírus causador da aids, doença que ataca o sistema de defesa do organismo.</p>  <p>Com o tratamento adequado, as pessoas com HIV podem viver anos sem desenvolver a aids.</p> 	<p>Através do exame de sangue na veia ou com uma gota de sangue do dedo.</p>  <p>O exame deve ser feito <b>antes de engravidar</b> e no <b>pré-natal</b>.</p> <p>Na maternidade, <b>antes do parto</b>, você terá mais uma chance de realizar o exame.</p> <p><b>ATENÇÃO!</b> Se o resultado do exame for <b>positivo</b>, significa <b>ter o HIV</b>. Quanto <b>mais cedo</b> este for identificado, <b>mais rápido</b> começarão os cuidados para prevenir a transmissão para seu filho!</p>	<p>* Comparecer a todas as consultas para ser examinada e orientada.</p> <p>* Realizar os exames solicitados para avaliar a saúde geral, o sistema de defesa e a quantidade de HIV no sangue.</p> 

Seguindo todas as orientações desta cartilha, o risco de transmitir o HIV para a criança é quase zero!



É verdade! O meu filho nasceu quando eu já tinha HIV. Ele é super saudável, pois segui direitinho todas as recomendações!

Vamos todos abraçar a luta contra a Transmissão Vertical do HIV!  
Divulgue esta ideia!!



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada por mim, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima, como participante da pesquisa intitulada “CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ensaio clínico randomizado controlado”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Com esse estudo pretendo avaliar a efetividade da cartilha “Como prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho?: fique por dentro!”. O estudo traz como benefício o fornecimento de maiores informações para a senhora sobre a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho, possibilitando a melhoria da sua adesão aos cuidados para essa prevenção. Nesse sentido, primeiramente, você irá responder a um instrumento com sua história sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV e sobre os cuidados realizados para prevenção dessa transmissão. Em seguida, as participantes deste estudo serão divididas em dois grupos por meio de um sorteio. Se você fizer parte do grupo intervenção, terá além do atendimento habitual do serviço, acesso à cartilha educativa em estudo.

Faremos mais 2 contatos com você com 7-15 dias após a primeira avaliação, e 30 dias após o parto por telefone ou presencialmente na maternidade que é acompanhada, para preenchimento de um novo formulário. Precisaremos de, no mínimo, três contatos de telefone seu para caso não nos encontremos nesses dias, sendo necessário ligarmos para você. Dessa forma, caso você venha a trocar o número de telefone, por gentileza, me informe.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora, nem haverá nenhum pagamento por participar da pesquisa. Este estudo pode apresentar o risco emocional de a senhora se sentir constrangida no momento de responder ao formulário, além da possibilidade de exposição inadvertida de dados. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Endereço da responsável pela pesquisa:

**Nome:** Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima

**Instituição:** Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

**Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115.

**Telefones para contato:** (85) 3366-8454 / (85) 991948774

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Rua Coronel Nunes de Melo, s/n - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8569.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_anos, RG:\_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha  
(se o voluntário não souber ler)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do profissional  
que aplicou o TCLE

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## **APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO (NO CASO DO MENOR)**

Você está sendo convidado(a) como participante da pesquisa: “CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ensaio clínico randomizado controlado CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ensaio clínico randomizado controlado.

Nesse estudo pretendemos avaliar a efetividade da cartilha “Como prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho?: fique por dentro!”.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é buscar a melhoria da adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: primeiramente, você irá responder a um instrumento com sua história sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV e sobre os cuidados realizados para prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho. Em seguida, as participantes deste estudo serão divididas em dois grupos por meio de um sorteio. Se você fizer parte do grupo intervenção, terá além do atendimento habitual do serviço, acesso à cartilha educativa em estudo.

Faremos mais 2 contatos com você com 7-15 dias após a primeira avaliação, e 30 dias após o parto por telefone ou presencialmente na maternidade que é acompanhada, para preenchimento de um novo formulário. Precisaremos de, no mínimo, três contatos de telefone seu para caso não nos encontremos nesses dias, sendo necessário ligarmos para você. Dessa forma, caso você venha a trocar o número de telefone, por gentileza, me informe.

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 esclarecida 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 pode apresentar o risco emocional de a senhora se sentir constrangida no momento de responder ao formulário, além da possibilidade de exposição inadvertida de dados. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização 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 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ (se já tiver documento), 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 via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Endereço da responsável pela pesquisa:

**Nome:** Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima

**Instituição:** Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

**Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115.

**Telefones para contato:** (85) 3366-8454 / (85) 991948774

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Rua Coronel Nunes de Melo, s/n - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8569.

**APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS CUIDADOS  
PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA GESTAÇÃO –  
LINHA DE BASE**

Nº gestante no estudo: \_\_\_\_\_ Iniciais de nome e sobrenome: \_\_\_\_\_ Data da avaliação:

\_\_\_\_\_

Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Contato telefônico (mínimo 3):

Tel: \_\_\_\_\_ A quem pertence esse telefone e nome: \_\_\_\_\_ Operadora: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ A quem pertence esse telefone e nome: \_\_\_\_\_ Operadora: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ A quem pertence esse telefone e nome: \_\_\_\_\_ Operadora: \_\_\_\_\_

Melhor horário para contato telefônico: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

1. Maternidade: \_\_\_\_\_

**Parte 1: Caracterização da gestante**

**1.1 Caracterização sociodemográfica da gestante:**

2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Procedência: \_\_\_\_\_

4. Escolaridade (anos de estudo): \_\_\_\_\_

5. Ocupação atual: \_\_\_\_\_

6. Renda familiar (valor absoluto): \_\_\_\_\_

7. Número de pessoas em casa: \_\_\_\_\_

8. Situação conjugal: 8.1.( )Solteira 8.2.( )Casada/união estável 8.3.( )Viúva 8.4.( )Divorciada

9. Raça: 9.1.( )Branca 9.2.( )Negra 9.3.( )Parda 9.4.( ) Outra. Qual: \_\_\_\_\_

10. Religião: 10.1.( ) católica 10.2.( )espírita 10.3.( ) evangélica 10.4.( )testemunho de Jeová  
10.5.( ) adventista 10.6.( ) agnóstica 10.7.( ) outra: \_\_\_\_\_

**1.2 História sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV:** (conferir ou confirmar informações no cartão pré-natal e/ou prontuário)

11. Número de consultas pré-natal desta gravidez: \_\_\_\_\_

12. Idade gestacional (IG) hoje: \_\_\_\_\_

13. Data provável do parto (DPP): \_\_\_\_\_

14. G \_\_ P \_\_ A \_\_

15. Quando foi a descoberta da soropositividade para o HIV?

- 15.1. Para primigesta
  - 15.1.1. ( ) antes da gravidez atual - em que ano?: \_\_\_\_\_
  - 15.1.2. ( ) durante a gravidez atual - com qual IG foi descoberta? \_\_\_\_\_
- 15.2. Para multigesta - 15.2.1. ( ) na gravidez atual – em que IG? \_\_\_\_\_
  - 15.2.2. ( ) antes da gravidez anterior – em que ano? \_\_\_\_\_
  - 15.2.3. ( ) durante a gravidez anterior – em que IG? \_\_\_\_\_
  - 15.2.4. ( ) após a gravidez anterior – em que ano? \_\_\_\_\_

- Se multigesta:

**16. Tem algum filho nascido exposto ao HIV?** 16.1 ( ) Sim 16.2 ( ) Não 16.3. ( ) Não sabe

- Se sim, qual o diagnóstico para o HIV dele? 16.1.1. ( ) reagente 16.1.2. ( ) não reagente
- 16.1.3. ( ) desconhecido 16.1.4. ( ) em acompanhamento

**17. Sorologia do esposo/companheiro:** 17.1. ( ) reagente 17.2. ( ) não reagente 17.3. ( ) desconhecido

**18. O atual esposo/companheiro é o pai do bebê?** 18.1. ( ) Sim 18.2. ( ) Não.

**19. Tem/teve múltiplos parceiros sexuais nesta gravidez?** 19.1. ( ) Sim 19.2. ( ) Não.

**20. Faz uso de medicação contra o HIV:** 20.1. ( ) Sim 20.2. ( ) Não –

- Se sim, qual? 1. ( ) zidovudina - AZT 2. ( ) lamivudina - 3TC 3. ( ) lopinavir – LPV/r
- 4. ( ) nevirapina - NVP 5. ( ) tenofovir – TDF 6. ( ) efavirenz – EFV
- 7. ( ) ignorado 8. ( ) outros: \_\_\_\_\_
- 20.3. Desde qual IG usa a medicação contra o HIV? \_\_\_\_\_

**21. Recebeu alguma orientação sobre os cuidados para não passar o HIV para o bebê durante o pré-natal?**

21.1. ( ) Sim 21.2. ( ) Não

- Se sim, de qual profissional? 1.( ) médico 2.( ) enfermeiro 3.( ) assistente social
- 4.( ) outro: \_\_\_\_\_

**22. Carga viral do último exame:** \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_\_

**23. Contagem de LT - CD4+ do último exame:** \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_\_

**24. Presença de comorbidades ou problemas na gravidez atual?:** 24.1. ( ) Sim 24.2. ( ) Não

- Se sim qual(is)? 24.1.1. ( ) tuberculose 24.1.2 ( ) IST's – qual? \_\_\_\_\_
- 24.1.3 ( ) câncer 24.1.4 ( ) hipertensão 24.1.5 ( ) diabetes 24.1.6 ( ) doenças oportunistas
- 24.1.7.( ) placenta prévia ( ) descolamento de placenta ( ) outros: \_\_\_\_\_

## **PARTE 2: Conhecimento sobre a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho**

**25. Já ouviu falar sobre os cuidados para prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho?**

25.1. Sim ( ) – [1 ponto] 25.2. ( ) Não – [0 ponto]

- Se sim, por meio de quem:

25.1.1. ( ) profissional da saúde 25.1.2.( ) familiares/amigos

25.1.3.( ) televisão/rádio 25.1.4. ( ) sites/internet 25.1.5.( ) jornais/revistas

25.1.6. ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**26. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho na gravi**

(perguntar abertamente e assinalar o que ela relatar)

26.1.( ) uso da medicação contra o HIV – [1 ponto]

26.2.( ) uso do preservativo durante as relações sexuais – [1 ponto]

26.3.( ) comparecimento às consultas – [1 ponto]

26.4.( ) realização de exames periódicos – [1 ponto]

26.5. ( ) manter alimentação saudável – [1 ponto]

26.6. ( ) manter estilo de vida saudável – [1 ponto]

26.7. Outros: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]

26.8. ( ) não sei – [0 ponto]

**27. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho no parto?**

(perguntar abertamente e assinalar o que ela relatar)

27.1. ( ) uso da medicação contra o HIV – [1 ponto]    27.2. ( ) tipo de parto – [1 ponto]

27.3. ( ) outros: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]

27.4. ( ) não sei – [0 ponto]

**28. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho no pós-parto?**

(perguntar abertamente e assinalar o que ela relatar)

28.1. ( ) uso da medicação contra o HIV pela criança – [1 ponto]

28.2. ( ) contraindicação do aleitamento materno – [1 ponto]

28.3. ( ) inibição da amamentação (uso de remédio para “secar o leite”/enfaixamento das mamas) – [1 ponto]

28.4. ( ) uso do leite em pó pelo bebê – [1 ponto]

28.5. ( ) outras: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]    28.6. ( ) não sei

**Cada cuidado assinalado como conhecido pela gestante receberá uma pontuação e deve ser somado.**

**Pontuação total de conhecimento sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV: \_\_\_\_\_**

**PARTE 3: Adesão aos cuidados para prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho na gestação**

**Quais cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho você vem realizando na gravidez?** (De acordo com os cuidados citados pelas gestantes, atribuir a pontuação abaixo):

**29. Você tem utilizado a medicação contra o HIV conforme a prescrição médica?**

(pergunta aberta e assinalar resposta)

29.1. ( ) Sim    29.2. ( ) Não – [0 ponto] - Por quê não usa? \_\_\_\_\_

- Se sim, como você toma? Esquece alguma dose? (pergunta aberta)

○ 29.1.1. ( ) sem esquecer nenhuma dose – [3 pontos]

○ 29.1.2. ( ) esquece excepcionalmente – [1 ponto]

○ 29.1.3. ( ) usa de forma irregular – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

**30. Compareceu a TODAS as consultas de pré-natal agendadas até o momento?**

(pergunta aberta) \*checar no cartão/prontuário

30.1. ( ) Sim – [2 pontos]

30.2. ( ) Não – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

30.3. ( ) Não se aplica (caso de 1ª consulta da gestante na instituição e ela não ter comparecido a nenhum pré-natal anteriormente em outro local)

**31. Realizou todos os exames periódicos solicitados até o momento?** (pergunta aberta)

\*checar no cartão/prontuário

31.1. ( ) Sim – [2 pontos]

31.2. ( ) Não – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

31.3 ( ) Não se aplica (caso de 1ª consulta da gestante na instituição e ela não ter feito nenhum exame de pré-natal anteriormente em outro local)

**32. Como foi sua alimentação no dia anterior?** (pergunta aberta, conforme ela enumerar os itens abaixo, assinalar)

32.1. ( ) Tem se alimentado de frutas/verduras – [0,5 ponto]

32.2. ( ) Tem se alimentado de alimentos ricos em ferro (carnes, feijão, etc.) – [0,5 ponto]

32.3. ( ) Tem se alimentado de alimentos ricos em proteínas (leite, ovos, derivados) – [0,5 ponto]

32.4. ( ) Bebe bastante líquido – [0,5 ponto]

32.5. ( ) Evita alimentos industrializados – [0,5 ponto]

**33. Como você tem preparado frutas e verduras em relação à lavagem e quanto ao cozimento de carnes e verduras?**

33.1. ( ) Relata lavar bem frutas e verduras – [0,5 ponto]

33.2. ( ) Relata evitar carnes mal cozidas – [0,5 ponto]

33.3. ( ) Relata evitar verduras cruas – [0,5 ponto]

**34. Realiza algum exercício físico?**

34.1 ( ) Sim 34.2 ( ) Não

- Se sim, qual? \_\_\_\_\_

- Com que frequência?

34.1.1. ( ) Realizo 3 vezes por semana, no mínimo – [2 pontos]

34.1.2. ( ) Realizo 1 ou 2 vezes por semana – [1 ponto]

34.1.3. ( ) Não realizo – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

**35. Desde que soube que estava grávida, você fumou?**

35.1. ( ) Não – [1 ponto] 35.2. ( ) Sim – [0 ponto] – Número de cigarros por dia: \_\_\_\_\_

**36. Desde que soube que estava grávida, você tomou bebida alcoólica?**

36.1. ( ) Não – [1 ponto] 36.2 ( ) Sim – [0 ponto]

- Se sim, com que frequência?

36.2.1. ( ) eventualmente 36.2.2. ( ) de 1-2 vezes na semana

36.2.3. ( ) de 3-4 vezes na semana 36.2.4. ( ) diariamente

**37. Desde que soube que estava grávida, você usou algum tipo de droga?**

37.1. ( ) Não – [1 ponto] 37.2. ( ) Sim – [0 ponto] – Qual? \_\_\_\_\_

- Se sim, com que frequência?

37.2.1. ( ) eventualmente 37.2.2. ( ) de 1-2 vezes na semana

37.2.3. ( ) de 3-4 vezes na semana 37.2.4. ( ) diariamente

**38. Desde que soube que estava grávida, teve relações sexuais?**

38.1. ( ) Não - 3 pontos

38.2. ( ) Sim

- Se sim, com que frequência utilizou preservativos durante as relações?

38.2.1. ( ) Sempre – [3 pontos]

38.2.2. ( ) Quase sempre – [1 ponto] - Por quê? \_\_\_\_\_

38.2.3. ( ) Raramente – [0 ponto] - Por quê? \_\_\_\_\_

38.2.4. ( ) Nunca – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

**Pontuação total da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação: \_\_\_\_\_**

**Obs: Ao final, enfatizar para a mulher que ainda haverá mais 2 avaliações, podendo ser presencial ou por telefone.**

**APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS CUIDADOS  
PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA GESTAÇÃO –  
AVALIAÇÃO 2**

Nº gestante no estudo: \_\_\_\_\_ Iniciais de nome e sobrenome: \_\_\_\_\_

Data avaliação: \_\_\_\_\_

Avaliação: 2 ( ) 3 ( ) ( ) 4

Avaliador: \_\_\_\_\_

Avaliação: ( ) presencial ( ) telefone

Se contato por telefone, tentativas do contato telefônico:

1ª ( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

2ª ( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

3ª ( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Duração do contato: \_\_\_\_\_ minutos

Melhor horário para contato telefônico: \_\_\_\_\_

Houve mudança de algum telefone para contato? \_\_\_\_\_

**PARTE 1: História sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV**

**1. Número de consultas pré-natal desta gravidez até o momento:** \_\_\_\_\_

**2. Idade gestacional (IG) hoje:** \_\_\_\_\_

**3. Data provável do parto (DPP):** \_\_\_\_\_

**4. Faz uso de medicação contra o HIV:** 4.1. ( ) Sim 4.2. ( ) Não –

- Se sim, qual? 1. ( ) zidovudina - AZT 2.( ) lamivudina - 3TC 3.( ) lopinavir – LPV/r

4. ( ) nevirapina - NVP 5.( ) tenofovir – TDF 6.( ) efavirenz - EFV

7.( ) ignorado 8. ( ) outros: \_\_\_\_\_

- 4.3. Desde qual IG usa a medicação contra o HIV? \_\_\_\_\_

**5. Recebeu alguma orientação sobre os cuidados para não passar o HIV para o bebê durante o pré-natal?**

5.1. ( ) Sim 5.2. ( ) Não

Se sim, de qual profissional? 1.( ) médico 2.( ) enfermeiro 3.( ) assistente social

4.( ) outro: \_\_\_\_\_

**6. Carga viral do último exame:** \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_\_

**7. Contagem de LT - CD4+ do último exame:** \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_\_

**8. Presença de comorbidades ou problemas na gravidez atual:** 8.1. ( ) Sim 8.2. ( ) Não

Se sim qual(is)? 8.1.1. ( ) tuberculose 8.1.2 ( ) IST's 8.1.3 ( ) câncer 8.1.4 ( ) hipertensão

8.1.5 ( ) diabetes 8.1.6 ( ) doenças oportunistas 8.1.7.( ) outros: \_\_\_\_\_

**PARTE 2: Conhecimento sobre a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho**

**9. Já ouviu falar sobre os cuidados para prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho?**

9.1. Sim ( ) – [1 ponto]                      9.2. ( ) Não – [0 ponto]

- Se sim, por meio de quem:

9.1.1. ( ) profissional da saúde    9.1.2. ( ) familiares/amigos

9.1.3. ( ) televisão/rádio    9.1.4. ( ) sites/internet    9.1.5. ( ) jornais/revistas    9.1.6. ( ) Outros:

\_\_\_\_\_

**10. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho na gravidez?**

(perguntar abertamente e assinalar o que ela relatar)

10.1. ( ) uso da medicação contra o HIV – [1 ponto]

10.2. ( ) uso do preservativo durante as relações sexuais – [1 ponto]

10.3. ( ) comparecimento às consultas – [1 ponto]

10.4. ( ) realização de exames periódicos – [1 ponto]

10.5. ( ) manter alimentação saudável – [1 ponto]

10.6. ( ) manter estilo de vida saudável – [1 ponto]

10.7. Outros: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]

10.8. ( ) não sei – [0 ponto]

**11. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho no parto?**

11.1. ( ) uso da medicação contra o HIV – [1 ponto]    11.2. ( ) tipo de parto – [1 ponto]

11.3. ( ) outros: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]    11.4. ( ) não sei – [0 ponto]

**12. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho no pós-parto?**

12.1. ( ) uso da medicação contra o HIV pela criança – [1 ponto]

12.2. ( ) contra-indicação do aleitamento materno – [1 ponto]

12.3. ( ) inibição da amamentação (uso de remédio para “secar o leite”/enfaixamento das mamas) – [1 ponto]

12.4. ( ) uso do leite em pó pelo bebê – [1 ponto]

12.5. ( ) outras: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]    12.6. ( ) não sei – [0 ponto]

**Cada cuidado assinalado como conhecido pela gestante receberá uma pontuação e deve ser somado.**

**Pontuação total de conhecimento sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV: \_\_\_\_\_**

### **PARTE 3: Adesão aos cuidados para prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho na gestação**

**Quais cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho você vem realizando na gravidez?** (De acordo com os cuidados citados pelas gestantes, atribuir a pontuação abaixo):

#### **13. Você tem utilizado a medicação contra o HIV conforme a prescrição médica?**

**(pergunta aberta e assinalar resposta)**

13.1. ( ) Sim 13.2. ( ) Não – [ 0 ponto] - Por quê não usa? \_\_\_\_\_

- Se sim, como você toma? Esquece alguma dose? (pergunta aberta)
  - 13.1.1. sem esquecer nenhuma dose – [3 pontos]
  - 13.1.2. ( ) esquece excepcionalmente – [1 ponto]
  - 13.1.3. ( ) usa de forma irregular – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

#### **14. Compareceu a TODAS as consultas de pré-natal agendadas até o momento?** (checar no cartão/prontuário)

14.1. ( ) Sim – [2 pontos]

14.2. ( ) Não – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

#### **15. Realizou todos os exames periódicos solicitados até o momento?** (checar no cartão/prontuário)

15.1. ( ) Sim – [2 pontos]

15.2. ( ) Não – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

#### **16. Como foi sua alimentação no dia anterior?**

(pergunta aberta, conforme ela enumerar os itens abaixo, assinalar)

16.1. ( ) Tem se alimentado de frutas/verduras – [0,5 ponto]

16.2. ( ) Tem se alimentado de alimentos ricos em ferro (carnes, feijão, etc.) – [0,5 ponto]

16.3. ( ) Tem se alimentado de alimentos ricos em proteínas (leite, ovos, derivados) – [0,5 ponto]

16.4. ( ) Bebe bastante líquido – [0,5 ponto]

16.5. ( ) Evita alimentos industrializados – [0,5 ponto]

#### **17. Como você tem preparado frutas e verduras em relação à lavagem e quanto ao cozimento de carnes e verduras?**

17.1. ( ) Relata lavar bem frutas e verduras – [0,5 ponto]

17.2. ( ) Relata evitar carnes mal cozidas – [0,5 ponto]

17.3. ( ) Relata evitar verduras cruas – [0,5 ponto]

#### **18. Realiza algum exercício físico?**

18.1 ( ) Sim 18.2 ( ) Não

- Se sim, qual? \_\_\_\_\_

- Com que frequência?

18.1.1. ( ) Realizo 3 vezes por semana, no mínimo – [2 pontos]

18.1.2. ( ) Realizo 1 ou 2 vezes por semana – [1 ponto]

18.1.3. ( ) Não realizo – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

**19. Desde que soube que estava grávida, você fumou?**

19.1. ( ) Não – [1 ponto] 19.2. ( ) Sim – [0 ponto] – Número de cigarros por dia: \_\_\_\_\_

**20. Desde que soube que estava grávida, você tomou bebida alcoólica?**

20.1. ( ) Não – [1 ponto] 20.2 ( ) Sim – [0 ponto]

- Se sim, com que frequência?

20.2.1. ( ) eventualmente 20.2.2. ( ) de 1-2 vezes na semana

20.2.3. ( ) de 3-4 vezes na semana 20.2.4. ( ) diariamente

**21. Desde que soube que estava grávida, você usou algum tipo de droga?**

21.1. ( ) Não – [1 ponto] 21.2. ( ) Sim – [0 ponto] – Qual? \_\_\_\_\_

- Se sim, com que frequência?

21.2.1. ( ) eventualmente 21.2.2. ( ) de 1-2 vezes na semana

21.2.3. ( ) de 3-4 vezes na semana 21.2.4. ( ) diariamente

**22. Desde que soube que estava grávida, teve relações sexuais?**

22.1. ( ) Não - 3 pontos

22.2. ( ) Sim

- Se sim, com que frequência utilizou preservativos durante as relações?

22.2.1.( ) Sempre – [3 pontos]

22.2.2.( ) Quase sempre – [1 ponto] - Por quê? \_\_\_\_\_

22.2.3. ( ) Raramente – [0 ponto] - Por quê? \_\_\_\_\_

22.2.4. ( ) Nunca – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

<p><b>Pontuação total da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação: _____</b></p>
---

**Obs: Ao final, enfatizar que ainda haverá mais 1 avaliação após o parto.**

**APÊNDICE F – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AOS CUIDADOS  
PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PÓS-PARTO –  
AVALIAÇÃO 3**

Nº gestante no estudo: \_\_\_\_\_ Iniciais de nome e sobrenome: \_\_\_\_\_

Data avaliação: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

Tentativas contato telefônico:

1ª( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

2ª( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

3ª( ) Dia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Duração do contato: \_\_\_\_\_ minutos

**PARTE 1: História reprodutiva e da infecção pelo HIV** (checar informações no cartão pré-natal e/ou prontuário)

**1. Sua bolsa rompeu?** 1.1 ( ) sim 1.2. ( ) não

- Se sim, foi rompida espontaneamente? 1.1.1. ( ) sim 1.1.2. ( ) não

**2. IG no momento do parto:** \_\_\_\_\_

**3. Uso da medicação contra o HIV durante o parto:** 3.1. ( ) sim 3.2. ( ) não

- Se sim, tempo de uso do AZT intraparto: \_\_\_\_\_ (em horas) ( ) não sabe

**4. Tipo de parto:** 4.1. ( ) vaginal 4.2. ( ) cesárea

**5. Uso da medicação contra o HIV pela criança nas primeiras 24h de vida** 5.1. ( ) sim 5.2. ( ) não

5.3. ( ) não sabe

- Se sim, com quantas horas de vida? \_\_\_\_\_ ( ) não sabe

**6. Enfaixamento das mamas:** 6.1. ( ) sim 6.2. ( ) não

**7. Uso de medicação para secar o leite materno:** 7.1. ( ) sim 7.2. ( ) não 7.3. ( ) não sabe

**8. Realizou ligação das tropas?** 8.1. ( ) sim 8.2. ( ) não

**9. Recebeu alguma orientação sobre os cuidados para prevenção da transmissão do HIV para seu filho durante o pós-parto?** 9.1. ( ) Sim 9.2. ( ) Não

- Se sim, de qual profissional? \_\_\_\_\_

**10. A criança fez o teste para diagnóstico do HIV:** 10.1. ( ) sim 10.2. ( ) não

- Se sim, Data: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ ( ) não sabe

**11. Carga viral no último trimestre:** \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ ( ) não sabe

**PARTE 2: Conhecimento sobre a prevenção da transmissão do HIV de  
mãe para filho**

**12. Já ouviu falar sobre os cuidados para prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho?**

12.1. Sim ( ) – [1 ponto]                      12.2. ( ) Não – [0 ponto]

- Se sim, por meio de quem:

12.1.1. ( ) profissional da saúde    12.1.2. ( ) familiares/amigos

12.1.3. ( ) televisão/rádio    12.1.4. ( ) sites/internet    12.1.5. ( ) jornais/revistas

12.1.6. ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**13. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho na gravidez?**

(perguntar abertamente e assinalar o que ela relatar)

13.1. ( ) uso da medicação contra o HIV – [1 ponto]

13.2. ( ) uso do preservativo durante as relações sexuais – [1 ponto]

13.3. ( ) comparecimento às consultas – [1 ponto]

13.4. ( ) realização de exames periódicos – [1 ponto]

13.5. ( ) manter alimentação saudável – [1 ponto]

13.6. ( ) manter estilo de vida saudável – [1 ponto]

13.7. Outros: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]

13.8. ( ) não sei – [0 ponto]

**14. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho no parto?**

14.1. ( ) uso da medicação contra o HIV – [1 ponto]    14.2. ( ) tipo de parto – [1 ponto]

14.3. ( ) outros: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]    14.4. ( ) não sei – [0 ponto]

**15. Você sabe os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho no pós-parto?**

15.1. ( ) uso da medicação contra o HIV pela criança – [1 ponto]

15.2. ( ) contraindicação do aleitamento materno – [1 ponto]

15.3. ( ) inibição da amamentação (uso de remédio para “secar o leite”/enfaixamento das mamas) – [1 ponto]

15.4. ( ) uso do leite em pó pelo bebê – [1 ponto]

15.5. ( ) outras: \_\_\_\_\_ – [1 ponto, se corretos]    15.6. ( ) não sei – [0 ponto]

**Cada cuidado assinalado como conhecido receberá 1 ponto e deve ser somado.**

**Pontuação total de conhecimento sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV: \_\_\_\_\_**

### **PARTE 3: Adesão aos cuidados para a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho no pós-parto**

**Quais os cuidados para prevenir a transmissão do HIV para seu filho você vem realizando na no pós-parto?** (De acordo com os cuidados citados pelas gestantes, atribuir a pontuação abaixo):

**16. Você utilizou a medicação contra o HIV na criança conforme a prescrição médica por 4 semanas? (pergunta aberta e assinalar resposta)**

16.1. ( ) Sim 16.2. ( ) Não – [ 0 ponto] - Por quê não usou? \_\_\_\_\_

- Se sim, como você usou? Esqueceu de dar alguma dose? (pergunta aberta)
  - 16.1.1. sem esquecer nenhuma dose – [3 pontos]
  - 16.1.2. ( ) esquece excepcionalmente – [1 ponto]
  - 16.1.3. ( ) usa de forma irregular – [0 ponto] – Por quê? \_\_\_\_\_

**17. Compareceu às consultas para a criança agendadas até o momento?** (caso tenha sido agendada alguma)

17.1. ( ) Sim - 2 pontos

17.2. ( ) Não - 0 ponto – Por quê? \_\_\_\_\_

17.3. ( ) não se aplica - 2 pontos

**18. Realizou os exames da criança solicitados pelo médico até o momento?** (caso tenha sido marcado algum)

18.1. ( ) Sim - 2 pontos

18.2. ( ) Não - 0 ponto – Por quê? \_\_\_\_\_

18.3. ( ) não se aplica - 2 pontos

**19. Você amamentou seu filho?**

19.1. ( ) Não - 2 pontos

19.2. ( ) Sim - 0 ponto – Por quê? \_\_\_\_\_

**20. Você deixou que outra mulher amamentasse seu filho?**

20.1. ( ) Não - 1 ponto

20.2. ( ) Sim - 0 ponto – Por quê? \_\_\_\_\_

**21. Você deu o leite em pó para seu filho como recomendado?**

21.1. ( ) Sim - 1 ponto

21.2. ( ) Não - 0 ponto – Por quê? \_\_\_\_\_

<b>Pontuação total da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV no pós-parto: _____</b>
---



## APÊNDICE H – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

### TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “**CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ensaio clínico randomizado controlado**” comprometem-se a preservar a privacidade dos dados (dados sociodemográficos e história sexual, reprodutiva e da infecção pelo HIV das gestantes e resultado do teste de detecção de ácido nucléico da criança exposta ao HIV), concordam e assumem a responsabilidade de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, ainda, a fazer a divulgação das informações coletadas somente de forma anônima e que a coleta de dados da pesquisa somente será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa.

Salientamos, outrossim, estarmos cientes dos preceitos éticos da pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortaleza, 15 de junho de 2016.

*Ana Carolina C. Costa Lima*

---

**Ms. Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima**  
Enfermeira e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará  
(Pesquisadora principal)

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:  
ensaio clínico randomizado controlado

**Pesquisador:** ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57899116.9.0000.5050

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.684,549

#### Apresentação do Projeto:

CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: ensaio clínico randomizado controlado

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Testar a eficácia de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical do HIV.

##### Objetivo Secundário:

- Avaliar a adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação antes e após a intervenção com a cartilha educativa;
- Comparar a adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV durante a gestação e pós-parto entre o grupo controle e o grupo intervenção;
- Comparar o conhecimento das gestantes HIV positivas sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV antes e após a intervenção com a cartilha e entre o grupo controle e o grupo intervenção;
- Identificar os fatores associados à não adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.084.546

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Este estudo apresenta risco mínimo, como o risco emocional de a mulher se sentir constrangida no momento de responder ao formulário

**Benefícios:**

O estudo traz como benefício a aplicação de uma intervenção educativa que possibilitará a melhoria da adesão das mulheres aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Aumento da adesão aos cuidados para prevenção da transmissão vertical do HIV na gestação e pós-parto

Melhora do conhecimento das gestantes HIV positivas sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem comentários

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer do relator, aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_740762.pdf	15/07/2016 17:55:24		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	FieldepositarioHGF.pdf	15/07/2016 17:16:28	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadeanuenciaMEAC.pdf	15/07/2016 17:09:47	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA	Aceito

Endereço: Rua Cal Nunes de Melo, s/n  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 80.430-270  
UF: CE Município: PORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

Continuação do Process: 1.084.518

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadeanuenciaMEAC.pdf	15/07/2016 17:09:47	LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCOGTES.pdf	15/07/2016 17:08:13	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaCOGTES.pdf	15/07/2016 17:07:38	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoambulatorioMEAC.pdf	15/07/2016 17:03:26	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaHGF.pdf	15/07/2016 17:02:27	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaHGCC.pdf	15/07/2016 17:01:28	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECOMPROMISSOPARAUTILIZACAODEDADOS.pdf	15/07/2016 16:59:53	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoutilizacaooprontuariosMEAC.pdf	15/07/2016 15:43:29	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermofieldepositorioMEAC.pdf	15/07/2016 15:38:56	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2016HGF.pdf	15/07/2016 15:27:39	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.pdf	15/07/2016 15:17:39	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentalivre esclarecido.pdf	15/07/2016 15:15:29	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 66.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8589

Fax: (85)3366-8528

E-mail: capmeac@gmail.com

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação de Parecer: LBBLE08

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTESEPLATAFORMABRASIL. pdf	15/07/2016 15:14:54	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraçaoconcordanciapesquisadores. pdf	15/07/2016 15:12:33	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	15/07/2016 15:05:42	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/07/2016 15:04:37	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoasto.pdf	11/07/2016 14:49:20	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Agosto de 2016

---

Assinado por:  
Maria Sidneuma Melo Ventura  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.400-070  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3266-8500 Fax: (85)3266-8500 E-mail: copenep@gmail.com

## ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CARTILHA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV:  
ensaio clínico randomizado controlado

**Pesquisador:** ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57899116.9.3001.5040

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.930.501

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto já avaliado no nosso CEP, parecer aprovado.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Incluir mais um centro, o Hospital Geral Dr. Cesar Cab.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não se aplica

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não se aplica

#### **Recomendações:**

Sem recomendações

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 600

Bairro: Papicu

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hg.ufc.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.006/201

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_851577 E1.pdf	18/01/2017 00:58:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	FieldepositorioHGF.pdf	15/07/2016 17:16:28	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadaanuenciaMEAC.pdf	15/07/2016 17:09:47	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCOGTES.pdf	15/07/2016 17:08:13	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaCOGTES.pdf	15/07/2016 17:07:38	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaocambulatorioMEAC.pdf	15/07/2016 17:03:26	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaHGF.pdf	15/07/2016 17:02:27	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaHGCC.pdf	15/07/2016 17:01:28	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECOMPROMISSOPARAUTILIZACAOEDADOS.pdf	15/07/2016 16:59:53	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoutilizacaoprontuariosMEAC.pdf	15/07/2016 15:43:29	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermofieldepositorioMEAC.pdf	15/07/2016 15:38:56	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE2016HGF.pdf	15/07/2016 15:27:39	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO	Aceito

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 600

Bairro: Papicó

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.008.501

Justificativa de Ausência	TCLE2016HGF.pdf	15/07/2016 15:27:39	CHAGAS COSTA LIMA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.pdf	15/07/2016 15:17:39	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentolivre esclarecido.pdf	15/07/2016 15:15:29	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTESEPLATAFORMABRASIL.pdf	15/07/2016 15:14:04	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracaoconcordanciapesquisadores.pdf	15/07/2016 15:12:33	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Acelto
Orçamento	Orçamento.pdf	15/07/2016 15:05:42	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Acelto
Cronograma	cronograma.pdf	15/07/2016 15:04:37	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Acelto
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	11/07/2016 14:49:20	ANA CAROLINA MARIA ARAÚJO CHAGAS COSTA LIMA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 17 de Fevereiro de 2017

Assinado por:  
Ivana Lima Verde Gomes  
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicó

CEP: 80.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cnp@hgf.ce.gov.br