

ANDREA DA SILVEIRA ROSSI

**FATORES ASSOCIADOS ÀS OPÇÕES REPRODUTIVAS
DE MULHERES VIVENDO COM HIV**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. ELIANA AMARAL
CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. MARIA YOLANDA MAKUCH**

**UNICAMP
2003**

ANDREA DA SILVEIRA ROSSI

**FATORES ASSOCIADOS ÀS OPÇÕES REPRODUTIVAS
DE MULHERES VIVENDO COM HIV**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. ELIANA AMARAL
CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. MARIA YOLANDA MAKUCH

UNICAMP
2003

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

R735f Rossi, Andrea da Silveira
Fatores associados às opções reprodutivas de mulheres
vivendo com HIV. / Andrea da Silveira Rossi. Campinas,
SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Eliana Amaral, Maria Yolanda Makuch
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Reprodução. 2. Gênero. 3. Aids (Doença).
4. Comportamento. 5. Gravidez. 6. Anticoncepcionais.
I. Eliana Amaral. II. Maria Yolanda Makuch.
III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: ANDREA DA SILVEIRA ROSSI

Orientadora: Prof^a. Dr^a. ELIANA AMARAL

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. MARIA YOLANDA MAKUCH

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 9 / 5 / 2003

Dedico este trabalho...

*Ao Rogério, meu amado marido,
que nesta trajetória esteve sempre ao meu lado,
apoiando-me e incentivando-me, com paciência e ternura,
mostrando que viver vale a pena, principalmente a seu lado.*

*Aos meus pais, Maria José e Aristodemo,
por seu carinho e estímulo para que mais este projeto se tornasse realidade.*

*Ao meu avô Newton (in memoriam),
que mesmo não estando mais entre nós, certamente esteve ao meu lado,
inspirando-me e incentivando-me na descoberta e na arte da docência,
assim como na humildade de saber que quanto mais sabemos, mais temos a aprender.*

*A todas as mulheres que estão vivendo com HIV,
que me mostraram o quanto são capazes de dar a volta por cima,
encontrando um novo significado e valor às suas vidas.*

Agradecimentos

Agradeço a todos que direta ou indiretamente estiveram me acompanhando no decorrer desta trajetória. Aqueles que serão lembrados de maneira especial refiro-me pelo primeiro nome, sem seus títulos acadêmicos, que para mim representa a maneira mais afetiva e carinhosa de reconhecimento de seus valores.

À Eliana, que há muito tempo me incentivava a fazer o mestrado e, mesmo depois de tornar-se minha orientadora, continuou acompanhando todos os meus passos, sempre presente, mesmo quando distante fisicamente, muito me ensinando, orientando e auxiliando todas as discussões com objetividade, incluindo também o subjetivo, com persistência e otimismo.

À Mariola, pelo acolhimento e ampliação das nossas reflexões.

À Gislaine, pela dedicação, paciência e contribuição na análise dos resultados.

À Maria Silvia e à Maria Angélica, minhas ex-chefes queridas, mas muito mais do que isso, minhas amigas e incentivadoras deste projeto e de muitos outros. À Maria Silvia pelo carinho e disponibilidade de ler e discutir o trabalho, auxiliando-me a expressar melhor algumas idéias.

Ao Simões, que esteve sempre acompanhando-me e incentivando meu desenvolvimento profissional.

A todos os funcionários e colegas do Ambulatório de Infecção Genital II, Antero, residentes da ginecologia, Marina, Zezé, Nice, Inês, Ruth, Roseane, e à Claudia e Renata, que por assumirem a minha função na assistência, proporcionaram-me o mergulho integral nesta pesquisa.

Aos funcionários e colegas do Ambulatório de Pré-Natal Especializado, Helaine, Zoraide, Raquel, Dalva e aprimorandas da psicologia, pelo apoio e colaboração.

Aos funcionários e colegas da Unidade de Pesquisa Clínica, Rogério, Dinaida, Mariana, Ana, Willian, Cleusa e Rose.

À Maria José, amiga e companheira de labuta, obrigada pelo seu estímulo e carinho.

À Maria José, Egberto e Bahamondes, pelas contribuições na qualificação.

À Adriana, amiga e “irmã do coração”, que fez a correção cuidadosa do abstract.

A meu marido Rogério, por suas contribuições na área de informática, formatação e apresentação final do trabalho.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

Lista de Figuras e Tabelas

Resumo

Summary

1. Introdução	14
1.1. Panorama atual da Aids e a feminização da epidemia.....	14
1.2. A questão do desejo.....	18
1.3. Escolhas reprodutivas no contexto da Aids	22
2. Objetivos	31
2.1. Objetivo geral	31
2.2. Objetivos específicos	31
3. Sujeitos e Métodos.....	32
3.1. Desenho	32
3.2. Tamanho da Amostra.....	32
3.3. Seleção de Sujeitos	32
3.3.1. Critérios de inclusão.....	33
3.3.2. Critérios de exclusão.....	33
3.4. Variáveis e Conceitos	34
3.4.1. Variáveis Dependentes	34
3.4.2. Variáveis Independentes.....	35
3.5. Instrumento para coleta de dados.....	39
3.6. Coleta de dados	40
3.7. Processamento e Análise de Dados	40
3.8. Aspectos Éticos.....	41
4. Resultados	42
4.1. Dados sociodemográficos da mulher e de seu parceiro.....	42
4.2. Antecedentes reprodutivos da mulher e vontade da mulher e do parceiro de ter filhos	45
4.3. Uso de contracepção e de preservativo e vontade de fazer laqueadura	50
4.4. Condição clínica da mulher e condição sorológica e clínica do parceiro	52
4.5. Orientação dada pelos profissionais de saúde para a mulher após o diagnóstico de HIV	54
4.6. Diante da gestação	56
4.7. Análise multivariada para fatores relacionados às práticas reprodutivas	58
5. Discussão.....	62
6. Conclusões	78
7. Referências Bibliográficas.....	79
8. Bibliografia de Normatizações	87
9. Anexos	88
9.1. Anexo 1 - Questionário	88
9.2. Anexo 2 - Triagem.....	96
9.3. Anexo 3 - Consentimento Livre e Esclarecido	97
9.4. Anexo 4 - Descrição das categorias de respostas definidas pela análise textual das questões abertas	98

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Caism	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA/EEUU	Estados Unidos da América
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV-	Pessoa não-portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV+	Pessoa portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana
MAC	Método Anticoncepcional
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

Lista de Figuras e Tabelas

	Página
Figura 1. Análise multivariada de correspondência - Associação de fatores relacionados ao parceiro com grupos de opção reprodutiva.....	59
Figura 2. Análise multivariada de correspondência - Associação de fatores relacionados às mulheres com grupos de opção reprodutiva.....	60
Figura 3. Análise multivariada de correspondência - Associação de fatores relacionados ao parceiro e às mulheres com grupo de opção reprodutiva..	61
Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres e de seus parceiros, por grupo.....	44
Tabela 2. Tempo de parceira fixa por grupo.....	45
Tabela 3. Antecedentes reprodutivos das mulheres, por grupo.....	46
Tabela 4. Vontade da mulher e do parceiro de ter filhos, por grupo.....	47
Tabela 5. Uso de preservativo por grupo.....	50
Tabela 6. Vontade, planejamento e motivos para fazer laqueadura por grupo.....	51
Tabela 7. Ano de diagnóstico das mulheres por grupo.....	53
Tabela 8. Condição sorológica do parceiro por grupo.....	53
Tabela 9. Condição sorológica do parceiro e uso do preservativo, segundo opção reprodutiva.....	54
Tabela 10. Orientação sobre anticoncepção e preservativo dadas pelos profissionais de saúde e orientação sobre transmissão vertical, por grupo.....	55
Tabela 11. Gestação planejada e uso de MAC prévio no grupo das grávidas.....	57

Resumo

Importantes avanços, principalmente em relação ao tratamento, têm possibilitado a diminuição da mortalidade, da morbidade, a redução da taxa de transmissão vertical e melhoria da qualidade e perspectiva de vida das pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. A vontade de ter filhos está surgindo como uma escolha legítima, exigindo preparo das equipes de saúde, o que implica compreender as razões que determinam as diversas opções reprodutivas. O objetivo do estudo foi avaliar os possíveis fatores associados às opções reprodutivas das mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana. Foi realizado um estudo de corte transversal com mulheres infectadas por este vírus no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no Hospital das Clínicas e na Unidade de Pesquisa Clínica da Universidade Estadual de Campinas, entre outubro de 2001 e agosto de 2002. Os critérios de inclusão foram: ser soropositiva, ter idade entre 13 e 45 anos e iniciado atividade sexual. Foram comparados três grupos: grávidas que sabiam do diagnóstico de infecção antes da gestação atual, mulheres que haviam feito laqueadura após o diagnóstico do HIV e usuárias de método anticoncepcional reversível. Os dados foram analisados

através do teste exato de Fisher e análise multivariada de correspondência. A análise temática das respostas textuais foi feita para as questões abertas. Entre as 112 mulheres entrevistadas 23% eram gestantes, 18% estavam laqueadas e 59% usavam método anticoncepcional reversível. A menor idade esteve associada a uma opção reprodutiva que incluiu a possibilidade de ter filho, sendo mais freqüente nas gestantes e usuárias de método anticoncepcional reversível. O grupo com menor proporção de gestações, que manifestou mais vontade de ter filhos e que referiu menos orientação sobre a transmissão vertical do vírus, foi o das usuárias de método anticoncepcional reversível. A vontade de ter filhos do parceiro, referida pela mulher, associou-se a estar grávida ou laqueada. A condição clínica, tanto da mulher como de seu parceiro, assim como a condição sorológica do parceiro, a orientação dos profissionais de saúde a respeito da anticoncepção e o uso de preservativo não influenciaram as opções reprodutivas da mulher.

Summary

Reduction in mortality, morbidity and maternal-infant transmission, as well better quality of life for people living with HIV, are important consequences determined by recent advances, especially new treatment regimens. Women's reproductive desire arises as a new and genuine demand for counseling in health services. It is necessary for health care providers to understand reasons leading HIV infected women assume different reproductive practices. A cross sectional study with HIV+ women in CAISM/HC/UPC – UNICAMP, was developed from October/2001 to August/2002 to evaluate the factors associated with reproductive practices. Inclusion criteria were HIV positive women between 13 and 45 years old having previous sexual life. Three groups were compared: pregnant women who knew about their diagnosis before current pregnancy, sterilized women who made this option after serodiagnosis, and women using any other reversible contraceptive practice. Statistical analysis was performed through the exact Fisher's test and multivariate correspondence analysis. Open-ended responses were categorized after coding. Among 112 women interviewed, 23% were pregnant, 18% were sterilized and 59% were using reversible

contraceptive method. Being younger was associated with reproductive practices which keep the possibility of having a child. It was found that reversible contraceptive users got pregnant fewer times, had less information on maternal-infant transmission and more desire to have children compared to others. Partner's desire was associated with pregnant and sterilized women. Neither clinical condition of the women and their partners, serologic status of the partner nor counseling about contraceptive choices influence different reproductive practices.

1. Introdução

1.1. Panorama atual da Aids e a feminização da epidemia

Já se vivencia a terceira década desde a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Do início da epidemia até os dias atuais, inúmeros avanços foram feitos e muitas mudanças ocorreram nas características da população atingida. Inicialmente, a epidemia apresentava uma conotação estigmatizante, relacionada a “grupos de risco” como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, concentrando-se na população masculina e em grandes centros urbanos. Com o seu desenvolvimento, e a sua disseminação, observou-se a feminização, a heterossexualização, a pauperização, o envelhecimento e a interiorização da epidemia no Brasil (BRASIL, 2002).

Houve um aumento crescente do número de mulheres infectadas pelo vírus HIV e, conseqüentemente, um aumento da transmissão vertical. Segundo o Ministério da Saúde, entre os homens, no período 1994-98, observou-se o crescimento de 7,6% das notificações. O número de casos notificados em mulheres cresceu 71% no mesmo período, aproximadamente dez vezes mais.

Até março de 2002, 71,3% da população feminina contaminada pelo vírus HIV encontrava-se na faixa etária entre 13 e 39 anos (BRASIL, 2002).

Para as mulheres, a disseminação da infecção dá-se principalmente pela via sexual, através de seus parceiros hetero ou bissexuais, usuários ou não de drogas injetáveis. Até 2001, 61% dos casos notificados de Aids em mulheres maiores de 12 anos foram por contaminação heterossexual. No Estado de São Paulo, entre 1991 e 1998, a Aids foi a principal causa de mortalidade em mulheres jovens (20 a 34 anos), o que mostra a magnitude do problema (SÃO PAULO, 2002).

Diante desse contexto – a heterossexualização e a alta letalidade durante a primeira década e boa parte da segunda década da epidemia da Aids – discutiu-se muito sobre sexo seguro. A ênfase foi para a importância do uso permanente do preservativo nas relações sexuais, para a necessidade de buscar práticas sexuais mais seguras, com a diminuição do número de parceiros, visando a mudança de comportamento e prevenção da infecção. Falava-se nessa época, prioritariamente, nos métodos de barreira, principalmente no preservativo, que prevenia as mulheres tanto da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do vírus HIV, como também da gravidez (LAGO, 1996). No entanto, a dificuldade de adesão a este método devido ao preconceito foi destacada por vários pesquisadores (GUIMARÃES, 1992; MARTIN et al., 1992; TERTO JR., 1992; GALVÃO et al., 2001).

No início dos anos 90, o panorama da doença deixava os profissionais de saúde angustiados em relação ao aconselhamento reprodutivo. Nessa época, a gravidez parecia contra-indicada, principalmente em função do risco de transmissão

do vírus ao bebê, estimado em 20%-40%, já que as drogas para o tratamento da infecção não haviam sido testadas, eram recentes e não havia conhecimento se diminuiriam os riscos de contaminação do parceiro e do bebê. Também não havia técnicas de reprodução assistida, desenvolvidas o suficiente, que auxiliassem estes casais a reduzir ou eliminar a chance de transmissão do vírus (HENRION et al., 1993). Dessa forma, segundo BIANCO (1997), as mulheres que conviviam com o HIV estavam expostas a uma forte pressão por parte da sociedade e das equipes da saúde para não se reproduzirem.

Entretanto, escolha ou “acaso”, segundo alguns autores, 18% das mulheres engravidaram após estarem cientes da sua infecção pelo vírus HIV (BEDIMO et al., 1998; MAGALHÃES, 1998) e 90% dos casos de Aids ocorridos em crianças estão relacionados à transmissão do vírus da mãe infectada para seu filho durante a gestação, no trabalho de parto, parto, ou através da amamentação (BRASIL, 2002). Com o uso adequado das drogas anti-retrovirais para a mãe durante a gestação, trabalho de parto e parto e, imediatamente após o nascimento, também para o bebê, atualmente pode-se reduzir a transmissão vertical para valores entre zero e 5% (SPERLING et al., 1996; ANDERSON, 2000; BRASIL, 2001).

O prognóstico clínico das mulheres melhorou, verificado através da diminuição da taxa de mortalidade por Aids no Estado de São Paulo entre 1990 e 2000, embora em menor proporção que os homens (SÃO PAULO, 2002). Observou-se também a desaceleração das taxas de incidência de Aids no País a partir de 1999, que apareceu de forma mais evidente na região Sudeste, como consequência de vários fatores, dentre eles a mudança comportamental de

alguns segmentos populacionais, implementação de medidas preventivas e impacto de programas de intervenção e controle da doença como a terapia anti-retroviral (BRASIL, 2002).

Dentre as inúmeras orientações a respeito da infecção dadas pela equipe de saúde, deve-se incluir o aconselhamento reprodutivo. Cabe a este profissional discutir e oferecer uma reflexão, em parceria com a mulher HIV+, a respeito da sua condição clínica e de tratamento, meios de transmissão da doença (inclusive a transmissão vertical), explorando também sua expectativa e interesse de engravidar e as condições psicológicas e socioeconômicas da mulher (KASS, 1994; ANDERSON, 2000).

O respeito a uma decisão informada faz parte desta nova realidade. Não se pode encarar da mesma forma uma mulher que faz uso das medicações anti-retrovirais adequadamente, que tem sua carga viral sob controle e sistema imune razoavelmente preservado, com outra que manifesta complicações clínicas graves e não responde mais às terapias anti-retrovirais (MINKHOFF e SANTORO, 2000). WESLEY et al. (2000), salientaram a necessidade dos profissionais de saúde, ao realizarem o aconselhamento reprodutivo, levarem em consideração a vida da mulher que vive com HIV como um todo e não apenas a doença como uma entidade única.

Entretanto, o enfoque na prevenção ocupou um lugar de destaque, e a questão do desejo de engravidar e sua pretensa subordinação aos “riscos” desta gestação, continuaram passando despercebidas, apesar de diversas publicações

discutirem o direito da mulher soropositiva à reprodução (SAUER, 2003; LIVERLY e ANDERSON, 2001). Para alguns, a gestação em mulheres HIV-positivas ainda é interpretada como falha do aconselhamento realizado por profissionais da saúde, não se considerando, portanto, os aspectos subjetivos da escolha reprodutiva, ou ainda, simplificando a interpretação ao assumir serem decorrentes das dificuldades de compreensão da “gravidade da situação” pela mulher (BEDIMO et al., 1998; VIMERCATI et al., 1999).

Apesar do receio vigente de se incentivar políticas públicas que favoreçam o direito reprodutivo destas mulheres, até mesmo através da procura de clínicas de reprodução assistida, trabalhos como o de LYVERLY e ANDERSON (2001) apontam que não seria ético, nem legalmente justificável, a exclusão de indivíduos portadores do vírus HIV dos serviços de infertilidade. De fato, o uso de procedimentos como a inseminação artificial ou a fertilização *in vitro* poderiam minimizar o risco de contaminação do bebê e da mulher pelo HIV, em casais sorodiscordantes. Deve-se considerar que a possibilidade de apoiar o desejo reprodutivo destes casais marca uma nova fase, em que se reconhece o direito de que todos manifestem, explícita ou implicitamente, sua vontade de continuar a perpetuar a espécie, independente da sua condição sorológica.

1.2. A questão do desejo...

Não há gravidez sem história... História enquanto portadora de um sentido e que dá lugar a uma criança singular, única, que traz consigo esse sentido no

instante em que vem ao mundo. Segundo SZEJER e STEWART (1997), o projeto de um filho nasce a partir do encontro de dois desejos, o do homem e o da mulher; projeto e desejos que podem ser conscientes ou não. O desejo, do ponto de vista da psicanálise, não pertence à ordem do consciente, mas à esfera do inconsciente, e desta forma a ambivalência é parte integrante do mesmo. A ambivalência está presente no inconsciente e na linguagem do ser humano. Um indivíduo pode desejar um filho conscientemente, mas inconscientemente não desejá-lo, por razões diversas que dizem respeito à sua história de vida.

Atrás de uma vontade, que aqui se considera como aquela manifesta conscientemente pela mulher, pode estar um desejo desconhecido ou negado, que pode ser manifesto através de um ato falho, como uma camisinha mal colocada ou uma pílula esquecida. Os atos falhos podem ser compreendidos como uma forma de expressão do inconsciente, em que o desejo de ter um filho fez-se presente (SZEJER e STEWART 1997). Para que se possa compreender a razão desses atos falhos é necessário relacionar tal evento ao contexto em que cada indivíduo está inserido e, então, questionar sobre o motivo que levou aquela mulher a esquecer de tomar a pílula naquele momento, ou o que motivou aquele casal a não fazer uso da camisinha adequadamente.

Segundo FREUD (1914), através do filho há a busca da imortalidade do ego, da concretização de todos os sonhos que não puderam ser realizados, da segurança alcançada por meio do refúgio na criança.

A criança terá mais divertimento que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmagô da criação - 'Sua majestade o bebê', como outrora nós mesmos nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram – o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe (FREUD, 1914).

Por outro lado, DOLTO (1984) afirma que uma mulher pode conceber um filho mesmo sem tê-lo desejado conscientemente. Para que isso ocorra há, necessariamente, um desejo inconsciente de fecundidade.

Tanto Freud como Dolto apontam para o significado implícito, ou seja, inconsciente, de um filho na vida de seus pais, havendo um investimento de energia e de vida dos genitores em relação à sua criação, extensão de si próprios, que proporcionará a continuidade da espécie, concretamente falando. Também, através do filho há um motivo a mais para estes pais continuarem vivos.

Para SOIFER (1980), quando uma mulher engravida é porque sua tendência à maternidade superou amplamente o terror dos filhos. Esse terror continuará existindo nela, sem dúvida, mas com características atenuadas pelo desejo de ser mãe. Pode-se dizer, desta forma, que apesar da ambivalência, para que ocorra a fecundação e a conseqüente realização da maternidade é preciso haver o predomínio deste desejo, em relação ao “terror” e medos associados a esta.

A fecundação pode ser considerada como uma somatização. CHATEL (1995) afirmou que a fecundação realiza uma precipitação (no sentido químico) em substância do cruzamento dos desejos inconscientes. Para a autora, não há gravidez que sobrevenha ao acaso. Toda gravidez é efeito de uma necessidade inconsciente no corpo.

Em um estudo realizado por MAKUCH (2001) com casais que participaram do programa de fertilização *in vitro* da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) foi observado que o desejo de ter um filho apresentou diferentes significados como a confirmação de ser mulher, da feminilidade, do esperado enquanto mulheres, por elas mesmas, pelos parceiros, pela família e pela sociedade.

Socialmente espera-se que as pessoas casem-se, engravidem, tenham filhos, constituindo uma família, assim como aconteceu com suas famílias de origem, casando-se e reproduzindo-se, de geração em geração, dando continuidade aos significantes constitutivos do feminino e do masculino, que fazem parte dos valores da sociedade, assim como, da subjetividade das mulheres e dos homens. O valor social da maternidade tem sua origem nas crenças e anseios coletivos, que se tornam individuais na medida em que ocorre uma significação pessoal a partir da história particular de cada mulher em relação à maternidade (FERNANDEZ, 1994).

Segundo DEBRAY (1988), tornar-se mãe ou tornar-se pai significa assumir seu lugar na cadeia das gerações. "... Isso implica que se aceite de um certo modo o caráter finito de tempo de vida que nos cabe e que nos

submetemos a esta lei da natureza que, ao nos fazer pai ou mãe, assinala nosso acesso à maturidade e anuncia, ao mesmo tempo, nosso futuro desaparecimento”. Ampliando o raciocínio da autora, para a realidade das mulheres que vivem com o vírus HIV, percebe-se que a dicotomia vida e morte torna-se mais intensa e presente no cotidiano destas mulheres, o que poderia levar algumas delas a buscarem sentir-se mais vivas através de seus filhos.

1.3. Escolhas reprodutivas no contexto da Aids

Questiona-se se haveria, nos tempos da Aids, alguma mudança nos sentidos da maternidade, e por que há tanta dificuldade, por parte da sociedade e equipes de saúde, em lidar com a vontade da mulher soropositiva de ter filhos.

A descoberta da soropositividade é traumática e, de fato, neste momento, segundo SANCHES (1997;2000), a imagem interna do indivíduo sofre um abalo, que pode caracterizar-se pela falência do sistema imunológico como também pelo desmoronamento das defesas psíquicas. O intenso sofrimento psíquico, a Aids mental, vivida pelo indivíduo que descobre o diagnóstico do HIV, possui a conotação de morte, estigma, preconceito, interrupção de tudo o que possa significar vida, pelo menos em um primeiro momento que necessitará de algum tipo de reorganização.

A Aids social, outro conceito desenvolvido pela mesma autora, que é o conjunto de idéias e atitudes preconceituosas predominantes na sociedade, e que tem a função de criar barreiras ilusórias entre os “doentes” e os “sãos”, pode ser útil para a compreensão do comportamento dos próprios profissionais

da saúde, através de sua dificuldade de lidar com os desejos reprodutivos das mulheres que estão vivendo com o HIV.

Segundo SANCHES (2000) a sobrevivência do indivíduo e do mundo a esta experiência traumática fortalece o *self* verdadeiro em bases menos onipotentes e pode abrir o caminho da sobrevivência para a existência, possibilitando-lhes viver uma vida melhor, mais significativa e com mais sentido, do que a que levavam antes. Desta forma, há espaço para que o desejo possa existir.

Fatores psicológicos, como o desejo de ser amada, de substituir a doença ou a morte de um filho por Aids, da representação da continuidade da vida através de um filho, devem ser levados em consideração para a compreensão da escolha reprodutiva de uma mulher soropositiva para HIV. A gestação pode ser fonte de orgulho e identidade, a razão para continuar vivendo. Para mulheres usuárias de drogas, por exemplo, a gravidez pode ser o único momento em que há um aumento da auto-estima e a crença positiva no futuro; além de ser um incentivo na busca de tratamento para a drogadição. Já para adolescentes pobres a gestação pode significar a possibilidade de aceitação, amor e determinação (WILLIAMS et al., 1996).

Em uma pesquisa desenvolvida por CASTRO (2001), foi observada que a maternidade vivida por uma mulher que possui o vírus HIV pode significar a promoção do autocuidado, o resgate de sua auto-estima e de seu papel social de cuidadora, e, a partir disso, mais vontade de viver, mesmo quando a gravidez não fora planejada. A maternidade vista como prazer e alegria, significando a satisfação das próprias necessidades, foram resultados encontrados por WESLEY

et al (2000), em um estudo realizado com 25 mulheres infectadas pelo HIV, que estavam no puerpério há pelo menos quatro meses. Nesse estudo, as mulheres também manifestaram sua preocupação com o bem-estar de seus filhos e menos ênfase para a soropositividade em suas vidas.

Em um estudo exploratório com mulheres soropositivas para HIV, realizado por SANTOS, 2002; SANTOS et al., 2002, na cidade de São Paulo, em 1997, foi observado que a infecção pelo HIV não modifica substancialmente o fato de querer ter filhos, apesar de aparecer, para muitas mulheres, como um motivo teórico para coibir a maternidade. Entretanto, a intenção de ter filhos não significa, necessariamente, o planejamento do melhor momento clínico e pessoal para a realização da gravidez. Assim como a intenção de não tê-los pode não se traduzir, na prática, pela adoção de métodos contraceptivos seguros o suficiente para evitar uma gravidez indesejada. Resultados que ilustram tanto a questão da ambivalência da mulher à maternidade, como também o conflito entre a vontade consciente e o desejo inconsciente de ter um filho.

SUNDERLAND et al. (1992), nos EUA, não encontraram diferença em relação ao número de gestações e nascimentos em um grupo de mulheres HIV-positivas, comparadas a um grupo de mulheres sem a infecção pelo HIV. Resultados como os observados por RUTENBERG et al. (2000) no Zâmbia, apontam que a ausência de sinais e sintomas da Aids foi percebida, tendo um fraco impacto em relação às decisões reprodutivas e de contracepção de casais sem a infecção pelo HIV, com exceção daqueles que tinham a responsabilidade de cuidar de crianças que ficaram órfãs de pais que morreram de Aids.

Com o objetivo principal de investigar a influência relativa das considerações biomédicas e socioculturais no comportamento reprodutivo de 238 mulheres HIV positivas, um estudo longitudinal americano constatou que a soropositividade para HIV não altera por si só as tendências reprodutivas. Os fatores biomédicos (orientações fornecidas pelos profissionais de saúde) não influenciaram significativamente na opção reprodutiva, mas sim na decisão de continuar ou não a gestação, em situações em que a mulher estava doente. No mesmo estudo, a atitude e o desejo reprodutivo do parceiro foram os fatores identificados como de maior influência no comportamento reprodutivo da mulher (KLINE et al., 1995).

Em um estudo descritivo de corte transversal com 100 mulheres HIV+, sobre os fatores que influenciam suas escolhas reprodutivas, RHIND e JAMES (1998), concluíram que a percepção da mulher de que seu parceiro desejava ter filhos, assim como as orientações recebidas através do Serviço de Saúde sobre sua condição clínica, e a possibilidade da redução da transmissão vertical com o uso das terapias anti-retrovirais, tiveram influência significativa nas intenções reprodutivas das mulheres.

KWALOMBOTA (2002) estudando mulheres grávidas no Zâmbia que sabiam de seu diagnóstico de soropositividade previamente ou que tiveram seu diagnóstico no decorrer da gestação, observou ansiedade em relação ao *status* sorológico do bebê em mulheres soropositivas que haviam engravidado. Na Tailândia, BENNETTS et al. (1999), observaram que altos níveis de angústia em mulheres que haviam dado à luz recentemente estavam associados com as mulheres que tiveram seus bebês infectados, àquelas que não haviam revelado

seu *status* sorológico aos outros e àquelas em que sua infecção pelo HIV era motivo de vergonha para a sua família.

A percepção de que a maternidade era um aspecto valorizado pelas mulheres soropositivas, além de uma forma de afirmar o compromisso com a vida, foram resultados encontrados por BARNES (2002), que sugere a implementação de programas que contenham educação, serviço social e médicos necessários para a saúde reprodutiva da mulher HIV positiva, desde que levem em consideração os aspectos acima mencionados.

Em uma revisão bibliográfica publicada pelo FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (2001), discutiu-se que as razões pelas quais as mulheres não usavam métodos anticoncepcionais, mesmo sabendo-se infectadas e tendo passado por aconselhamento reprodutivo, estavam relacionadas ao desejo de ter filhos, que, por sua vez, estava relacionado a fatores culturais, sociais e emocionais. Relatou também que no Zimbábue o desejo das mulheres de ter filhos estava relacionado à necessidade de amor e segurança financeira, em especial quando eram mais vulneráveis economicamente. Para muitas mulheres ter filhos era uma satisfação pessoal; para outras, tê-los estava relacionado à falta de conhecimento contraceptivo ou mesmo dependência socioeconômica.

Em outra revisão bibliográfica realizada por WILLIAMS et al. (1996) sobre as decisões reprodutivas e os determinantes do uso de contraceptivos por mulheres HIV+, foram encontrados altos índices de gestações repetidas, baixo índice de uso de preservativo e alta descontinuação do uso de contraceptivos hormonais.

MAGALHÃES (1998); MAGALHÃES et al., (2002) observaram em mulheres HIV positivas atendidas em um hospital universitário brasileiro a migração das usuárias de anticoncepção oral – na fase anterior à soroconversão – para anticoncepcional injetável, supostamente justificado pela procura por métodos que exigiam uma menor dependência à assiduidade da usuária, já que faziam uso concomitante de medicação anti-retroviral, ingerindo, muitas vezes, vários comprimidos via oral. O preservativo era utilizado exclusivamente por 41% das mulheres após a soroconversão. Ao todo, 88% das mulheres estavam protegidas da gravidez.

A mudança radical de métodos anticoncepcionais após a descoberta da soropositividade para HIV foi observada em outro estudo realizado com 148 mulheres, atendidas em um ambulatório público na cidade de São Paulo, havendo a passagem de métodos hormonais para o uso de preservativo (SANTOS, 2002; SANTOS et al., 2002). Entretanto, do total de mulheres entrevistadas nesse mesmo estudo, apenas 45% delas faziam uso de preservativo, sendo que para a maioria este era o único método para prevenção da gravidez e outras infecções, proporção considerada muito abaixo do esperado para se evitar a propagação do HIV. No total, 60% faziam uso de algum tipo de contraceptivo para prevenção da gravidez.

Em outro estudo realizado em três cidades do Estado de São Paulo com 1068 mulheres vivendo com HIV/Aids, com idade a partir de 18 anos, foi observado que após o diagnóstico 51% usavam a camisinha como método exclusivo para evitar filhos, outras usavam somente métodos contraceptivos que não impediam a reinfecção pelo HIV: 7% coito interrompido, 14% métodos hormonais, 5%

laqueadura, 0,5% vasectomia e 4% outros métodos (diafragma, tabelinha e DIU). Apenas 6% das mulheres usavam dupla proteção (preservativo e mais um método). Treze por cento das mulheres já estavam laqueadas antes do diagnóstico pelo HIV (PAIVA et al., 2002).

Altos índices de esterilização definitiva são constatados em vários estudos na fase pré-terapias múltiplas, em que era vigente o predomínio da idéia de que a mulher infectada pelo HIV deveria pôr fim a sua vida reprodutiva, em função dos altos índices de contaminação materno-fetal. MAGALHÃES (1998); MAGALHÃES et al., (2002) observaram que 26,6% das mulheres HIV positivas estavam esterilizadas após a soroconversão. BEDIMO et al. (1998), nos EUA, encontraram índices semelhantes de esterilização (24%) após a soroconversão para HIV.

Atualmente, parece haver uma tendência na diminuição (5%) da busca pela interrupção definitiva da vida reprodutiva da mulher, posterior à descoberta do diagnóstico de soropositividade, observada por PAIVA et al., (2002). Em contrapartida, há um aumento da procura de casais sorodiscordantes para HIV por clínicas com tecnologias de reprodução assistida, principalmente em países desenvolvidos, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão do HIV para o bebê, além da necessidade de novas tecnologias para atender a esta nova demanda de auxílio à concepção, desde a melhora da qualidade de vida e evolução dos anti-retrovirais (COLL et al., 1999; SIFER et al., 2000). Até o momento, foram realizadas pesquisas com casais sorodiscordantes, em que o homem era soropositivo e a mulher negativa para HIV, e observou-se que o auxílio à concepção aumentou a segurança da gravidez. (RAVIZZA, 2002; SAUER e CHANG, 2002). No Brasil

também houve a publicação do primeiro caso de gravidez assistida em um casal sorodiscordante, através da purificação do sêmen e da técnica de ICSI, sem a contaminação da mulher (FAÚNDES et al., 2001).

Se não há auxílio à concepção, no que se refere a casais soroconcordantes ou casais sorodiscordantes, em que a mulher é infectada pelo HIV e o parceiro é HIV negativo, realiza-se o aconselhamento reprodutivo levando-se em consideração o melhor momento clínico da pessoa infectada, preferencialmente aquele em que a carga viral esteja indetectável, com orientação para que o casal mantenha relações sexuais desprotegidas apenas no período fértil da mulher, podendo se propor a identificação do pico ovulatório para otimizar o coito. No Congo foi realizado um estudo com casais sorodiscordantes que pretendiam ter filhos, aconselhando-se que mantivessem relações sexuais apenas no período fértil da mulher, e, dentre as crianças nascidas vivas, apenas uma em 24 obteve resultado positivo para o HIV (RYDER et al., 2000).

A discussão sobre a importância de adaptar-se à estrutura médica levando em consideração a autonomia das pessoas vivendo com HIV, respeitando seu desejo e interesse de ter filhos saudáveis, sem desconsiderar a mensagem de prevenção relacionada ao risco de contaminação sexual, começa a ser realizada nos países desenvolvidos (ENGLERT et al., 2001).

Dentro deste contexto, a representação da Aids parece estar mudando, tornando-se menos relacionada à morte e atualmente mais relacionada à vida. As pessoas têm vivido mais e com melhor qualidade, havendo então espaço

para que as opções reprodutivas tornem-se mais espontâneas e com menos pressão e preconceito por parte da sociedade e profissionais da saúde. Há também a necessidade de um olhar atualizado e individualizado para estas mulheres, de entender suas práticas reprodutivas, e, conseqüentemente, de repensar-se o aconselhamento realizado pelos profissionais da saúde, no sentido de suprir esta nova demanda. E, sobretudo, a necessidade de se ampliar a compreensão do que influencia a opção reprodutiva das mulheres que vivem com o vírus HIV, ou ainda, que fatores podem estar associados a ela.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar os possíveis fatores associados às opções reprodutivas de mulheres vivendo com HIV.

2.2. Objetivos específicos

1. Comparar a distribuição de fatores sociodemográficos das mulheres vivendo com HIV e de seus parceiros atuais, entre os diferentes grupos de opções reprodutivas.
2. Analisar a associação entre a vontade da mulher de ter filhos, seus antecedentes reprodutivos e a vontade do parceiro de ter filhos, referida pela mulher, em relação à opção reprodutiva da mulher.
3. Analisar a associação entre a discordância sorológica do casal, condição clínica da mulher e do parceiro, em relação à opção reprodutiva da mulher.
4. Analisar a associação entre as orientações sobre anticoncepção, uso de preservativo e transmissão do HIV da mãe para o filho, fornecidas pelos profissionais da saúde à mulher após seu diagnóstico de HIV positivo, e sua opção reprodutiva.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho

Estudo de corte transversal.

3.2. Tamanho da Amostra

O cálculo do tamanho amostral foi baseado no estudo de Magalhães (1998), que mostrou a distribuição das mulheres que, nos dois meses prévios à entrevista e após a soroconversão, usavam métodos anticoncepcionais reversíveis ou irreversíveis (laqueadura). Considerando $\alpha = 5\%$ e $\beta = 20\%$, o tamanho da amostra calculada foi de 130 pacientes (THOMPSON, 1987).

3.3. Seleção de Sujeitos

As mulheres infectadas por HIV que realizavam acompanhamento médico nos Ambulatórios de Infecção Genital II e Pré-Natal Especializado do Caism e na Unidade de Pesquisa Clínica (infecctologia) do Hospital das Clínicas (HC) da

Unicamp foram convidadas a participar da pesquisa. O projeto foi previamente aprovado pelas Comissões de Pesquisa e Ética, em 2001. Foram selecionadas mulheres que compareceram à consulta médica e que estavam de acordo com os critérios de inclusão, no período de 10 meses (de 15/10/2001 a 08/08/2002). O questionário utilizado encontra-se no Anexo 1.

3.3.1. Critérios de inclusão

- Mulheres HIV positivas
- Idade maior que 13 anos e menor que 45 anos
- Ter iniciado atividade sexual

3.3.2. Critérios de exclusão

- Laqueadura anterior ao diagnóstico de soropositividade para HIV
- Gestante com diagnóstico de HIV-positivo durante a gestação atual
- Parceiro vasectomizado

Entre outubro de 2001 e agosto de 2002 foram realizadas 131 entrevistas com mulheres portadoras do vírus HIV, que realizavam acompanhamento médico nos Ambulatórios de Infecção Genital II e Pré-Natal Especializado do Caism e na Unidade de Pesquisa Clínica (Infectologia) do HC da Unicamp, e enquadravam-se nos critérios de inclusão.

Das 131 mulheres entrevistadas, algumas tiveram que ser excluídas *a posteriori*. Duas apresentavam diagnóstico de menopausa (uma precoce e outra cirúrgica). Outras 17 (13%) estavam em abstinência sexual há mais de seis meses, por outros motivos não relacionados à opção reprodutiva. Essas mulheres não faziam uso de MAC reversível, não eram laqueadas e não estavam grávidas. A maioria dessas mulheres não possuía parceiro fixo e era viúva. Os motivos referidos para estarem em abstinência sexual há mais de seis meses foram analisados e categorizados em: motivos relacionados ao parceiro (impotência do parceiro) e ao relacionamento (decepção amorosa e conflitos conjugais vivenciados em relações anteriores), motivos relacionados ao HIV (medo de transmitir o HIV ao parceiro e de ser discriminada em um novo relacionamento), à religião e opção de vida. A amostra final foi de 112 entrevistas.

3.4. Variáveis e Conceitos

3.4.1. Variáveis Dependentes

- Gravidez após saber ser soropositiva para HIV: estar gestante, tendo diagnóstico prévio de infecção por HIV.
- Método anticoncepcional (MAC) reversível: uso de pílula (anticoncepcional hormonal oral), injeção (anticoncepcional hormonal injetável), preservativo masculino, preservativo feminino, dispositivo intra-uterino (DIU), diafragma, tabela/método de Billings, prática de coito interrompido; podendo haver associação de mais de um método.

- Foram também incluídas as mulheres que não faziam uso de método anticoncepcional no momento da entrevista.
- Laqueadura após saber ser soropositiva para HIV: anticoncepção definitiva ou cirurgia de ligadura das trompas realizada após o diagnóstico de infecção por HIV.

3.4.2. Variáveis Independentes

- Características sociodemográficas da mulher e de seu parceiro
 - Idade: número de anos completos da mulher no momento da entrevista. Variável numérica.
 - Escolaridade da mulher: categorizada em: até a 4^a série do 1^o grau e 5^a série do 1^o grau ou mais.
 - Estado marital: condição conjugal da mulher no momento da entrevista: vive junto, ou não vive junto.
 - Cor: cor da pele da mulher segundo seu próprio entendimento, podendo ser branca e não branca.
 - Crença religiosa, categorizada em alguma crença e nenhuma crença.
 - Trabalho da mulher: categorizado em: fora do domicílio e sem emprego.
 - Parceria fixa: relacionamento estável com um mesmo parceiro, referido pela mulher. Variável dicotômica (sim ou não).
 - Tempo de parceria fixa: variável numérica descrita em meses.
 - Escolaridade do parceiro, categorizada em: até a 4^a série do 1^o grau, 5^a série do 1^o grau ou mais e não sabe.

- Trabalho do parceiro, categorizado em: fora do domicílio e sem emprego.
- Renda familiar: em salário(s) mínimo(s) recebido pela família.
- Vontade da mulher de ter filhos e seus antecedentes reprodutivos, vontade do parceiro de ter filhos e experiência prévia de paternidade.
 - Mulher deseja filhos: vontade manifesta pela mulher de ter filhos, variável dicotômica (sim ou não).
 - Influência da soropositividade na vontade de engravidar: categorizada em sim, não e não sabe.
 - Justificativa da mulher sobre a influência da soropositividade na vontade de ter filhos; questão aberta, codificada posteriormente, a partir das respostas textuais em: preocupação com relação à transmissão do HIV ao filho que vai nascer, preocupação com relação à transmissão do HIV ao parceiro, vivência de já ter tido um filho HIV positivo e outros fatores.
 - Parceiro deseja filho(s): vontade do parceiro de ter filho(s), referida pela mulher – variável dicotômica (sim ou não),.
 - Manifestação da vontade do parceiro de ter filhos; questão aberta, codificada posteriormente a partir das respostas textuais, referidas pela mulher como: tem vontade explícita; e tem vontade, mas a soropositividade inibe.
 - Filhos vivos do parceiro de outro relacionamento: variável dicotômica (sim ou não).
 - Gestação: número de gestações durante toda a vida, referidas pela mulher.
 - Abortamentos: número de abortos espontâneos e provocados durante toda a vida, referidos pela mulher.

- Filhos vivos: número de filhos vivos até o momento da entrevista.
- Filho soropositivo: filho vivo portador do HIV ou doente de Aids, codificada em: sim, não, e sem confirmação.
- Filhos mortos: número de filhos que morreram, até o momento da entrevista.
- Algum filho internado ou morto pelo HIV: número de filhos doentes ou que morreram em função do HIV.
- Uso de contracepção e de preservativo e vontade de fazer laqueadura
 - Motivo da escolha do MAC categorizado em: é mais seguro ou confia nele, indicação médica, indicação de parente ou amiga, espera engravidar um dia, porque evita as DST/HIV, não tem efeitos colaterais, marido ou parceiro prefere, é barato, disponível na rede de saúde, é mais prático e não precisa ficar se preocupando, não queria mais filhos, outros métodos faziam mal, já tomo comprimidos demais, problema de saúde.
 - Uso de preservativo (masculino ou feminino) para prevenção de DST/HIV e gravidez, categorizado em: em todas as relações sexuais, em 50% das vezes, apenas de vez em quando e nunca.
 - Vontade de fazer laqueadura categorizada em sim, não, não sabe.
 - Planejamento para laqueadura: variável dicotômica (sim ou não).
 - Motivos manifestos pela mulher para fazer laqueadura, categorizados em: não quero mais engravidar, não posso mais engravidar, motivos relacionados ao HIV, MAC mais seguro, quero parar de usar outro MAC, e outros.
 - Abstinência sexual: interrupção da atividade sexual (coito vaginal) nos últimos seis meses: variável dicotômica: sim/ não.

- Tempo de abstinência sexual: variável numérica descrita em meses.
- Motivo da abstinência sexual: questão aberta, categorizada a partir das respostas textuais em motivos relacionados à infecção pelo HIV, motivos relacionados ao parceiro e ao relacionamento, e outros motivos.
- Condição clínica da mulher e do parceiro
 - Condição clínica da mulher nos últimos seis meses, categorizada em: não faz tratamento com infectologista, faz acompanhamento médico ambulatorial, está ou esteve freqüentando leito-dia, está ou esteve acamada/internada por mais de sete dias.
 - Ano do diagnóstico de HIV da mulher: variável numérica.
 - Condição sorológica do parceiro, referida pela mulher: podendo ser HIV positivo, HIV negativo ou não saber.
 - Condição clínica do parceiro nos últimos seis meses, categorizada em: não faz tratamento com infectologista, faz acompanhamento médico ambulatorial, está ou esteve freqüentando leito-dia, está ou esteve acamado/internado por mais de sete dias.
- Orientação profissional sobre anticoncepção, uso de preservativo e transmissão do HIV da mãe para seu filho
 - Orientação profissional sobre métodos contraceptivos após diagnóstico de HIV positivo, categorizada em: nenhuma, usar camisinha masculina ou feminina, usar MAC reversível, fazer laqueadura, não engravidar, outras.
 - Se recebida orientação, questão aberta sobre a opinião da mulher a respeito desta, categorizada posteriormente a partir das respostas textuais em: mudança efetiva, mais consciência, mudança para pior, já usava antes, não faz uso de preservativo e outros motivos.

- Orientação recebida pela mulher sobre transmissão do HIV da mãe para seu filho, categorizada em: sim, não e não lembra.
 - Se recebida orientação (resposta sim), questão aberta sobre qual informação a mulher tinha a respeito do assunto, categorizada posteriormente a partir das respostas textuais em: adequada e inadequada.
- Diante da gestação
 - Gravidez planejada: opção consciente por parte da mulher de ter planejado a atual gestação.
 - Pensamentos da mulher em relação à atual gestação; questão aberta, codificada a partir das respostas textuais em: preocupação com relação ao filho, expectativa positiva em relação ao tratamento e outras.

3.5. Instrumento para coleta de dados

Um questionário de triagem foi feito com o objetivo de apresentar o estudo às mulheres e identificar se estariam dentro dos critérios de inclusão e se gostariam de participar da pesquisa (Anexo 2).

Foi elaborado um questionário (Anexo 1) predominantemente com questões fechadas e algumas perguntas abertas, subdividido em cinco seções: dados sociodemográficos, dados sobre a vida pessoal, história obstétrica e de anticoncepção, condição clínica da mulher e condição clínica do parceiro. Foram realizadas três fases de pré-teste com o total de 11 mulheres entrevistadas no

período de julho a outubro de 2001, antes de dar início à coleta de dados, com o objetivo de identificar possíveis falhas no mesmo, que foram corrigidas.

3.6. Coleta de dados

No dia de sua consulta médica, as mulheres que tiveram interesse em participar da pesquisa foram entrevistadas pela pesquisadora através do questionário de triagem, sendo informadas sobre os objetivos da mesma. Estando de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, era-lhes oferecido para leitura o Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Se a candidata concordasse em participar da pesquisa, assinava-o juntamente com a pesquisadora, ficando com uma cópia do mesmo. A partir de então, respondia ao questionário de coleta de dados identificado por um número. Em um livro de registro foram anotados o nome, HC e número de ordem da usuária na pesquisa, que foram guardados sob sigilo pela pesquisadora.

3.7. Processamento e Análise de Dados

A comparação de proporções e médias entre os grupos de opções reprodutivas (gravidez, MAC reversível, laqueadura) foi realizada através de teste exato de Fisher. A análise multivariada de correspondência foi realizada através do mapeamento das variáveis dependentes (grupos de opções reprodutivas) e algumas variáveis independentes, cuja força da associação entre elas foi observada pela distância entre as variáveis (GREENACRE, 1993).

Foi realizada também a análise temática das questões abertas, que consistiu em identificar nas respostas textuais os elementos mais significativos, agrupá-los em unidade de sentido para posterior categorização (MINAYO DE SOUZA, 1993). Decidiu-se utilizar apenas as questões que pareceram mais relevantes e explicativas para o estudo, cujas categorias definidas estão descritas no Anexo 4.

3.8. Aspectos Éticos

O estudo foi realizado a partir de um questionário que se propôs a investigar os fatores associados às opções reprodutivas de mulheres vivendo com HIV. As mulheres foram entrevistadas no dia de suas consultas, não havendo nenhum ônus extra para a voluntária, além do tempo de entrevista (aproximadamente 30 minutos). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido pela entrevistada e explicado, quando necessário, pela entrevistadora, sendo posteriormente assinado por ambas, que permaneceram cada qual com uma cópia do documento. Foram respeitados os termos da DECLARAÇÃO DE HELSINKE III (2000) e da resolução CNS 196/96, do Ministério da Saúde, sobre Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 1996). A participação da voluntária na pesquisa não interferiu nos atendimentos e rotina dos Ambulatórios em que fazia tratamento. A recusa da mulher em participar da pesquisa não modificou seu atendimento pelos profissionais, não havendo qualquer tipo de discriminação.

4. Resultados

4.1. Dados sociodemográficos da mulher e de seu parceiro

As 112 mulheres que participaram da pesquisa pertenciam aos três grupos diferenciados, relacionados às opções reprodutivas: 59% delas eram usuárias de método anticoncepcional (MAC) reversível (pílula, injeção, DIU, em uso combinado com preservativo masculino e/ou feminino, ou uso exclusivo de preservativo), 23% eram gestantes e 18% laqueadas.

Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, em relação às características sociodemográficas. A idade entre as mulheres variou entre 19 e 44 anos, sendo que havia apenas duas adolescentes com idade de 19 anos, uma delas no grupo das grávidas e outra como usuária de MAC reversível. O grupo das grávidas foi o de maior porcentagem de mulheres jovens, se comparado com o das laqueadas, que foi o grupo com maior porcentagem de mulheres com maior idade (Tabela 1). A média de idade encontrada entre as grávidas foi de 26 anos, entre as usuárias de MAC reversível foi de 30 anos e entre as laqueadas foi de 32 anos.

Do total de mulheres entrevistadas, mais de 60% tinham escolaridade maior ou igual a cinco anos; mais da metade possuíam parceiro fixo e viviam junto com um companheiro. Houve predomínio da cor branca (auto-referida); aproximadamente 40% trabalhavam fora do domicílio e possuíam renda média familiar com mais de três salários mínimos. Pelo menos 80% tinham alguma religião e todas as mulheres referiram que a religião não tinha nenhuma influência na sua decisão reprodutiva. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, em relação aos dados dos parceiros. A menor renda média familiar foi observada entre as usuárias de MAC reversível, mas a diferença com os outros grupos não foi significativa (Tabela 1).

O tempo de parceria fixa mencionada pela mulher foi muito variável (de um mês a 228 meses ou 19 anos). O grupo de mulheres grávidas foi o que apresentou menor tempo médio (cerca de 44 meses) de parceria fixa, sendo de aproximadamente 66 meses para os grupos de laqueadas e usuárias de MAC reversível (Tabela 2).

TABELA 1

Características sociodemográficas das mulheres e de seus parceiros, por grupo de opção reprodutiva

Características Sociodemográficas	Grávidas		Laqueadas		MAC Reversível		Valor de p
	n (26)	%	n (20)	%	n (66)	%	
Idade							0,02
até 25 anos	11	42,3	1	5,0	18	27,3	
> 25 anos	15	57,7	19	95,0	48	72,7	
Escolaridade							0,06
até 4ª série	6	23,1	8	40,0	10	15,2	
5ª série ou +	20	76,9	12	60,0	56	84,8	
Vive com companheiro							0,45
vive junto	19	73,1	11	55,0	44	66,7	
não vive junto	7	26,9	9	45,0	22	33,3	
Cor							0,47
branca	19	73,1	13	65,0	39	59,1	
não branca	7	26,9	7	35,0	27	40,9	
Religião							0,30
nenhuma	3	11,5	4	20,0	5	7,6	
alguma crença	23	88,5	16	80,0	61	92,4	
Trabalho							1,00
fora do domicílio	10	38,5	8	40,0	26	39,4	
sem emprego	16	61,5	12	60,0	40	60,6	
Parceiro fixo							0,04
sim	22	84,6	12	60,0	57	86,4	
não	4	15,4	8	40,0	9	13,6	
Escolaridade do parceiro*							0,19
até 4ª série	7	31,8	2	16,7	13	22,8	
5ª série ou +	11	50,0	8	66,7	41	71,9	
não sabe	4	18,2	2	16,7	3	5,3	
Trabalho do parceiro*							0,11
fora do domicílio	16	72,7	7	58,3	48	84,2	
sem emprego	6	27,3	5	41,7	9	15,8	
Renda média familiar							0,07
sem renda e até 3 SM**	19	76,0	15	75,0	35	53,8	
> 3 SM	6	24,0	5	25,0	30	46,2	
sem resposta	1		0		1		

n = 112

teste exato de Fisher

* somente mulheres com parceiro fixo.

** SM: salário mínimo

TABELA 2**Tempo (em meses) de parceria fixa por grupo de opção reprodutiva**

Grupos	n	Média	D. Padrão	Mediana	T. Mínimo	T. Máximo
Grávidas	22	43,9	42,3	42,0	4	204
Laqueadas	12	65,4	58,2	60,0	5	192
MAC reversível	57	66,0	55,7	48,0	1	228

Apenas uma mulher (laqueada) referiu ser profissional do sexo e usar preservativo em todas as relações sexuais, apesar de fazer uso de drogas (não injetáveis) e manter relação sexual sob efeito destas. A grande maioria das mulheres referiu não fazer uso de drogas. Quando perguntadas se já haviam sido forçadas a manter relação sexual sem o seu consentimento, aproximadamente 1/4 de todas as mulheres respondeu que sim, sendo este número maior no grupo das laqueadas (40%); entretanto, esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa.

4.2. Antecedentes reprodutivos da mulher e vontade da mulher e do parceiro de ter filhos

A maioria das mulheres já ficou (ou estava) grávida pelo menos uma vez na vida; entretanto, as usuárias de MAC reversível foram as que engravidaram em menor proporção. Entre as grávidas, apenas uma delas era primigesta e 11 mulheres usuárias de MAC reversível nunca tinham engravidado. Não foram encontradas outras diferenças significantes nestes e nos demais dados da história obstétrica das mulheres entre os grupos (Tabela 3).

TABELA 3
Antecedentes reprodutivos das mulheres e parceiros por grupo de opção reprodutiva

Antecedentes reprodutivos	Grávidas		Laqueadas		MAC Reversível		Valor de p
	n (26)	%	n (20)	%	n (66)	%	
Gestações							< 0,01
até uma	1	3,9	1	5,0	36	54,6	
duas ou +	25	96,1	19	95,0	30	45,4	
Abortos espontâneos*							0,55
Nenhum	19	73,1	15	75,0	45	81,8	
um ou +	7	26,9	5	25,0	10	18,2	
Abortos provocados*							0,29
Nenhum	24	92,3	15	75,0	46	83,6	
um ou +	2	7,7	5	25,0	9	16,4	
Filhos vivos*							0,19
Nenhum	4	15,4	0	0,0	6	10,9	
um ou +	22	84,6	20	100,0	49	89,1	
Filhos mortos*							0,31
Nenhum	20	76,9	16	80,0	49	89,1	
um ou +	6	23,1	4	20,0	6	10,9	
FV c/ atual parceiro**#							0,18
Sim	12	63,2	6	50,0	24	49,0	
Não	7	36,8	6	50,0	18	36,7	
não tem parceiro	3		8		7		
FV portador HIV**							0,65
Sim	3	13,6	2	10,0	10	20,4	
Não	19	86,4	18	90,0	39	79,6	
Algum filho internado ou morto por causa do HIV*							0,09
Sim	3	11,5	0	0,0	10	18,2	
Não	23	88,5	20	100,0	45	81,8	
Filhos parceiro de outro relacionamento#							0,30
Sim	12	54,5	4	33,3	21	36,8	
Não	10	45,5	8	66,7	36	63,2	

n = 112

teste exato de Fisher

* Somente mulheres que tiveram uma ou mais gestação(ões), exclui 11 mulheres do MAC.

** Somente mulheres que tinham filho vivo.

Somente mulheres com parceiro fixo.

Mais da metade (59%) das usuárias de MAC reversível manifestaram vontade de ter filhos, se comparadas aos demais grupos, nos quais menos de 1/3 das mulheres apresentou a mesma vontade. Ao serem indagadas se acreditavam que o fato de terem o HIV interferia na vontade de ter filhos, mais da metade de todas as mulheres referiram que sim (Tabela 4).

TABELA 4
Vontade da mulher e do parceiro de ter filhos por grupo de opção reprodutiva

Vontade de ter filhos	Grávidas		Laqueadas		MAC Reversível		Valor de p
	n (26)	%	n (20)	%	n (66)	%	
Vontade da mulher							< 0,01
Sim	5	19,2	6	30,0	39	59,1	
Não	21	80,8	14	70,0	27	40,9	
Ser HIV interfere na vontade							0,96
Sim	18	69,2	13	65,0	45	68,2	
Não	8	30,8	7	35,0	21	31,8	
Vontade do parceiro*							0,23
Sim	17	77,3	9	75,0	31	54,4	
Não	3	13,6	3	25,0	21	36,8	
Não sabe	2	9,1	0	0	5	8,8	

n = 112

teste exato de Fisher

* Somente mulheres que tinham parceiro fixo

A preocupação com os filhos em função do HIV (transmissão do vírus à criança, sofrimento desta e necessidade de tomar remédios, impossibilidade de aleitamento materno, risco da criança ficar órfã e orientação médica para não engravidar pelo risco de transmissão do HIV ao bebê) foi a justificativa usada

pela maioria das mulheres para responderem de que forma o HIV interferia na vontade de ter filhos.

“Tenho medo da criança nascer com o problema e não negativar, e depois ficar sofrendo”. (Laqueada)

“Porque eu não posso colocar ninguém no mundo com essa sina, tanto em relação a possibilidade do filho nascer com o vírus, como o fato de eu não saber quanto tempo terei de vida”. (MAC reversível)

“Tenho medo da criança nascer com o HIV. Acho que cometeria uma loucura, se isso acontecesse”. (MAC reversível)

“Sei lá se eu vou durar muito tempo pra cuidar... se eu vou passar pra criança... mas a minha vontade era ter mais um”. (MAC reversível)

“Em função da criança nascer contaminada e também pela gente não poder amamentar”. (Grávida)

A vivência de já ter tido um filho portador do vírus HIV foi mencionada por apenas 5% das mulheres.

“Eu acho que é por causa que eu já tive esse filho (HIV+) e ele sofreu muito, por causa do vírus”. (MAC reversível)

“Eu sofri muito com a Renata (filha que faleceu com Aids). Eu não quero mais passar o que passei com ela”. (Grávida)

Além disso, poucas mulheres referiram preocupação com a transmissão do HIV ao parceiro (2%). Outras alegaram a associação de outros fatores (8%), como: econômico, o fato de estar satisfeita com o número de filhos, o fato de estar sem parceiro e ter apresentado problemas em gestações anteriores.

“Se é pra transar para engravidar, tem que ser sem camisinha, e eu tenho medo de contaminar o parceiro. Desta vez, a camisinha estourou”. (Grávida)

“Eu tenho medo de passar o vírus para o parceiro e também em relação a passar o vírus para o meu filho. Para mim o HIV interfere em quase tudo” (Laqueada).

“Já não tinha vontade antes, agora menos ainda, porque tenho medo que eles nasçam com o vírus. Não é justo a criança nascer c/ o problema. Três filhos pra mim é o suficiente!” (MAC reversível)

“Interfere... mas não teria mais filhos” (está grávida)

Em relação à vontade de ter filhos do parceiro, referida pela mulher, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos. Mais da metade das mulheres mencionaram que seus parceiros manifestavam vontade de ter filhos.

“Ele fala que por ele, teria uma creche” (Grávida/ parceiro HIV positivo).

“Ele sempre fala que queria ter um menino homem” (Laqueada/ Parceiro HIV negativo).

“Ele fala que quer tentar mais um, que ter só um filho é o mesmo que não ter nada” (MAC reversível/ Parceiro HIV positivo).

“Ele fala que o sonho dele era ter um filho comigo” (Grávida/ parceiro HIV negativo).

Apenas 12% das mulheres responderam que a soropositividade estava inibindo a vontade de ter filhos do parceiro.

“Ele fala que quer, mas não agora por causa do problema (HIV) que a gente tem” (parceiro HIV positivo).

“Antes da gente juntar, ele falava que logo que a gente casasse, ele ia querer ter um filho comigo. Mas agora com o HIV, acho que ele também não tem mais vontade” (MAC reversível/ parceiro HIV positivo).

“Ele fala que se não fosse pelo HIV, a gente poderia ter mais um ou dois filhos” (MAC reversível/ Parceiro HIV positivo).

4.3. Uso de contracepção e de preservativo e vontade de fazer laqueadura

A distribuição dos contraceptivos em uso foi de 13 usuárias de pílula (20%), 18 usuárias de injetável (27%), 19 usuárias de preservativo masculino (29%). Dentre essas haviam duas usuárias de preservativo masculino e feminino (3%) e outras duas de preservativo masculino associado a outro método (3%). O uso de preservativo para a prevenção de DST e novas exposições sexuais ao HIV foi analisado independente de seu uso como MAC. Nove das 15 mulheres que responderam não fazer uso de nenhum MAC para prevenção da gravidez faziam uso de preservativo para prevenção das DST/HIV, e o grupo das grávidas foi o que apresentou menor porcentagem de uso consistente de preservativo (aproximadamente 32%), se comparado com os demais grupos (Tabela 5).

TABELA 5
Uso de preservativo referido pelas mulheres por grupo

	Grávidas		Laqueadas		MAC Reversível		Valor de p
	n (22)	%	n (12)	%	n (57)	%	
Uso de preservativo*							0,04
de maneira consistente	7	31,8	6	50,0	36	63,2	
de maneira inconsistente	15	68,2	6	50,0	21	36,8	

teste exato de Fisher

* Somente mulheres que tinham parceiro fixo.

Analisando a resposta das mulheres não laqueadas em relação à ligadura tubária observou-se que a vontade de fazer laqueadura, assim como o planejamento para a mesma, foi predominante no grupo de mulheres grávidas, em relação às usuárias de MAC reversível (Tabela 6), sendo os motivos alegados pelas mulheres para tal escolha, descritos na mesma tabela.

TABELA 6
Vontade, planejamento e motivos para fazer laqueadura
entre grávidas e usuárias de MAC reversível

Questões sobre laqueadura	Grávidas		MAC Reversível		Valor de p
	n (26)	%	n (66)	%	
Vontade de fazer laqueadura					< 0,01
Sim	19	73,1	23	35,9	
Não	7	26,9	41	64,1	
<i>sem resposta</i>	0		2		
Tem planos de fazer laqueadura*					< 0,01
Sim	19	100,0	15	65,2	
Não	0	0,0	8	34,8	
Motivo para fazer laqueadura*#					
não quero mais engravidar	15	79,0	12	18,0	-
não posso mais engravidar	1	5,0	2	3,0	-
motivos relacionados ao HIV	9	47,0	8	12,0	-
método mais seguro	2	11,0	6	9,0	-
quero parar de usar outro MAC	1	5,0	3	5,0	-
Outra	1	5,0	2	3,0	-

teste exato de Fisher

*Somente mulheres que têm vontade de fazer laqueadura

Pode ter mais de uma resposta por mulher

Oito das mulheres entrevistadas responderam que não estavam tendo relação sexual nos últimos seis meses, sendo uma grávida, quatro usuárias de MAC reversível e três laqueadas. Apenas uma tinha parceiro fixo. O tempo de

abstinência sexual referido pelas mulheres variou de seis a 48 meses. Outras quatro mulheres estavam em abstinência sexual há menos de seis meses, sendo uma usuária de MAC reversível, uma grávida e duas que não possuíam parceiro fixo e não faziam uso de nenhum MAC. A justificativa alegada para estarem em abstinência sexual estava relacionada prioritariamente à soropositividade para HIV.

“Perdeu a graça. Não tenho mais vontade de ter ninguém. Não sinto falta, desde que descobri o HIV fico pensando que posso passar para o outro e fazer ele sofrer” (usuária de MAC reversível, em abstinência sexual há três anos).

“Tenho muito medo de engravidar, mesmo tomando pílula e usando preservativo, e também de contaminar outra pessoa. Fiquei muito traumatizada depois que soube do HIV. Não perdôo meu marido por isso” (usuária de MAC reversível, em abstinência sexual há quatro anos).

4.4. Condição clínica da mulher e condição sorológica e clínica do parceiro

Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos em relação à condição clínica e ao ano do diagnóstico do HIV da mulher, e à condição sorológica e clínica do parceiro. Mais de 90% do total de mulheres faziam tratamento com infectologista, e aproximadamente 75% das usuárias de MAC reversível e das laqueadas e 88% das grávidas faziam uso de medicação anti-retroviral. Apenas duas mulheres de cada grupo freqüentavam ou haviam freqüentado leito-dia nos últimos seis meses para receber medicação e/ou fazer exames.

A proporção de mulheres que tiveram seu diagnóstico a partir de 1998 (após o início da disponibilização no pré-natal das terapias anti-retrovirais potentes, no Brasil) não diferiu entre os grupos (Tabela 7).

TABELA 7**Ano de diagnóstico das mulheres por grupo de opção reprodutiva**

	Grávidas		Laqueadas		MAC Reversível		Valor de p
	n (26)	%	n (20)	%	n (66)	%	
Ano de diagnóstico							0,30
1988 a 1994	3	11,5	6	30,0	11	16,7	
1995 a 1997	7	26,9	7	35,0	16	24,2	
1998 a 2002	16	61,5	7	35,0	39	59,1	

n = 112

teste exato de Fisher

Em relação aos dados sobre os parceiros das mulheres, aproximadamente a metade deles eram portadores do HIV (Tabela 8) e, destes, a maioria fazia tratamento com infectologista e usava medicação anti-retroviral, sem diferença entre os grupos.

TABELA 8**Condição sorológica do parceiro por grupo de opção reprodutivas**

	Grávidas		Laqueadas		MAC Reversível		Valor de p
	n (22)	%	n (12)	%	n (57)	%	
Condição sorológica do parceiro*							0,34
HIV+	10	45,5	6	50,0	27	47,4	
HIV-	6	27,3	6	50,0	21	36,8	
não sabe	6	27,3	0	0	9	15,8	

teste exato de Fisher

* Somente mulheres que tinham parceiro fixo

Ao se investigar se a relação entre a condição sorológica do parceiro estaria influenciando o uso de preservativo pelo casal, foi observado que, no grupo de mulheres laqueadas e usuárias de MAC reversível, a sorodiscordância do casal pareceu estar associada a uma maior proporção no uso de preservativo de maneira consistente (em todas as relações sexuais). Entretanto, não foi observada diferença significativa entre os grupos (Tabela 9).

TABELA 9
Condição sorológica do parceiro e uso de preservativo,
segundo opção reprodutiva da mulher

Condição sorológica do parceiro	Grávidas		Laqueadas		MAC Reversível		Valor de p
	n (22)	%	n (12)	%	n (57)	%	
HIV+							0,74
Consistente	4	40,0	2	33,3	14	51,8	
Inconsistente	6	60,0	4	66,7	13	48,2	
HIV-							0,22
consistente	2	33,3	4	66,7	16	76,2	
inconsistente	4	66,7	2	33,3	5	23,8	
Não sabe							0,12
consistente	1	16,7	0	0	6	66,7	
inconsistente	5	83,3	0	0	3	33,3	

teste exato de Fisher

*Somente mulheres que tinham parceiro.

4.5. Orientação dada pelos profissionais de saúde para a mulher após o diagnóstico de HIV

Não houve diferença significativa entre os grupos a respeito das orientações sobre anticoncepção e uso de preservativo fornecidas pelos profissionais de saúde logo após o diagnóstico de HIV. A orientação sobre transmissão vertical

do HIV foi mais freqüente entre as grávidas do que entre as usuárias de MAC reversível (Tabela 10).

TABELA 10

Orientações sobre uso de MAC e preservativo e sobre transmissão do vírus HIV da mãe para o filho dadas pelos profissionais de saúde, por grupo

Orientação dos profissionais	Grávidas		Laqueadas		MAC Reversível		Valor de p
	n (26)	%	n (20)	%	n (66)	%	
Orientação sobre uso de MAC e preservativo							0,10
Sim	22	84,6	17	85,0	63	95,5	
Não	4	15,4	3	15,0	3	4,5	
Qual orientação recebida*							
usar camisinha M ou Fem	12	46,2	12	60,0	23	34,8	
fazer laqueadura	0	0	1	5,0	0	0	
usar método duplo	10	38,5	5	25,0	39	59,1	
Abortar	0	0	0	0	1	1,5	
Orientação mudou maneira de pensar*							0,14
Sim	12	54,5	14	82,4	46	73,0	
Não	10	45,5	3	17,6	17	27,0	
Orientação sobre transmissão vertical							< 0,01
sim	22	84,6	13	65,0	30	45,5	
não	4	15,4	7	35,0	36	54,5	

n = 112

teste exato de Fisher

* Somente mulheres que receberam orientação.

A distribuição das respostas encontradas para explicar por que a orientação recebida teria mudado a maneira da mulher pensar a respeito de anticoncepção e uso de preservativo, foi:

- Mudou a maneira de pensar sobre o assunto: 41% referiram ter ficado mais conscientes, 23% referiram mudança que se traduziu em prática e

6% disseram ter havido mudança para pior. Entre aquelas que disseram ter ficado mais consciente aproximadamente 60% faziam uso de preservativo de maneira consistente.

- Não houve nenhum tipo de mudança: 20% referiram que já usavam camisinha antes do diagnóstico ou já tinham conhecimento de tal orientação, 6% disseram que não faziam uso de preservativo e 4% mencionaram outros motivos, como o fato de estar sem ter relação sexual ou sem parceiro.

Ao serem questionadas sobre qual havia sido a orientação recebida sobre transmissão vertical (questão aberta), as respostas foram codificadas em conhecimentos adequados (aquelas que referiram algum conhecimento, seja a respeito do risco de transmissão do vírus durante a gestação, no parto e na amamentação, indicação de uso dos anti-retrovirais, tipo de parto, condição sorológica do bebê nos primeiros meses de vida) e inadequados (quando a mulher mencionava algum conhecimento que já estava ultrapassado ou não era verdadeiro). Apenas cinco de 65 mulheres que receberam orientação tinham conhecimentos inadequados a respeito do assunto, principalmente quanto ao risco de transmissão.

4.6. Diante da gestação

Para o grupo de mulheres que estavam grávidas no momento da entrevista, pouco mais de 1/3 havia planejado a atual gestação. No entanto, apenas sete

destas 10 mulheres que referiram ter planejado sua atual gestação, estavam sem usar nenhum MAC prévio (Tabela 11).

TABELA 11
Gestação planejada e uso de MAC prévio no grupo das grávidas

Questões sobre gravidez*	Grávidas	
	n (26)	%
Gravidez planejada		
sim	10	38,5
não	16	61,5
MAC antes de engravidar		
nenhum	10	38,5
pílula	4	15,4
injeção	1	3,8
camisinha masculina	13	50,0

* Somente mulheres que estavam grávidas

Ao serem questionadas sobre o que pensavam a respeito do fato de estarem grávidas, tendo a infecção pelo HIV, 58% das gestantes mencionaram preocupação em relação ao filho que iria nascer.

“A única coisa que passa pela minha cabeça é não contaminar o bebê”.

“Às vezes fico com medo, meio cismada de pegar os resultados dos exames e dar algum problema no bebê”.

“Fico pensando nas crianças ficarem revoltadas... revoltar contra mim: Ah mãe, você sabia (do HIV) e fez isso!... Chegou a passar pela cabeça, tirar o bebê”.

Também a expectativa positiva em relação ao tratamento foi expressa por 31% das gestantes.

“É uma responsabilidade a mais. Eu sou meio relaxada para tomar os remédios, com a gravidez isso faz com que a gente fique mais responsável”.

“No começo foi difícil, pois achava que a transmissão da mãe para o filho era de 30%. Agora estou mais tranqüila, após as orientações atuais e exames. Havia tomado Efavirenz e tinha ficado assustada. Após a primeira ecografia, hoje, estou mais tranqüila”.

“Penso em fazer tudo certinho para o bebê nascer bem”.

Ainda três mulheres (11%) pareceram evitar pensar sobre o assunto.

“Não sei de nada, nem penso nisso. Pra mim é tudo normal, como se eu não tivesse o vírus”.

“Não queria ficar grávida, mas já que fiquei, vamos tratar”.

“Eu penso que se meu filho tiver o mesmo problema que eu, vou amar ele e cuidar dele, do mesmo jeito que cuido de mim”.

4.7. Análise multivariada para fatores relacionados às práticas reprodutivas

Foram realizados três mapas de análise multivariada por correspondência, que mostram a associação de categorias das variáveis independentes em relação aos grupos de opções reprodutivas (variáveis dependentes). O primeiro deles (Figura 1) foi realizado com variáveis relacionadas ao parceiro com o objetivo de investigar a associação destas com as opções reprodutivas da mulher, incluindo: vontade do parceiro de ter filhos, filhos vivos do casal, filhos prévios do parceiro de outro relacionamento, condição sorológica deste e tempo de parceria fixa do casal.

Neste mapa de correspondência, observou-se que a associação mais significativa dos fatores do parceiro foi encontrada no grupo de usuárias de MAC reversível em relação ao fato de eles não terem vontade de ter filhos e de não terem filho prévio de outro relacionamento.

≥ 5ª série e menor número de gestações (até uma) estiveram associados a esta opção reprodutiva.

O grupo das grávidas esteve associado principalmente ao fato de as mulheres não terem vontade de ter filhos e a um maior número de gestações (duas ou mais).

Para as laqueadas, a baixa escolaridade e a idade maior que 26 anos foram as associações mais evidentes.

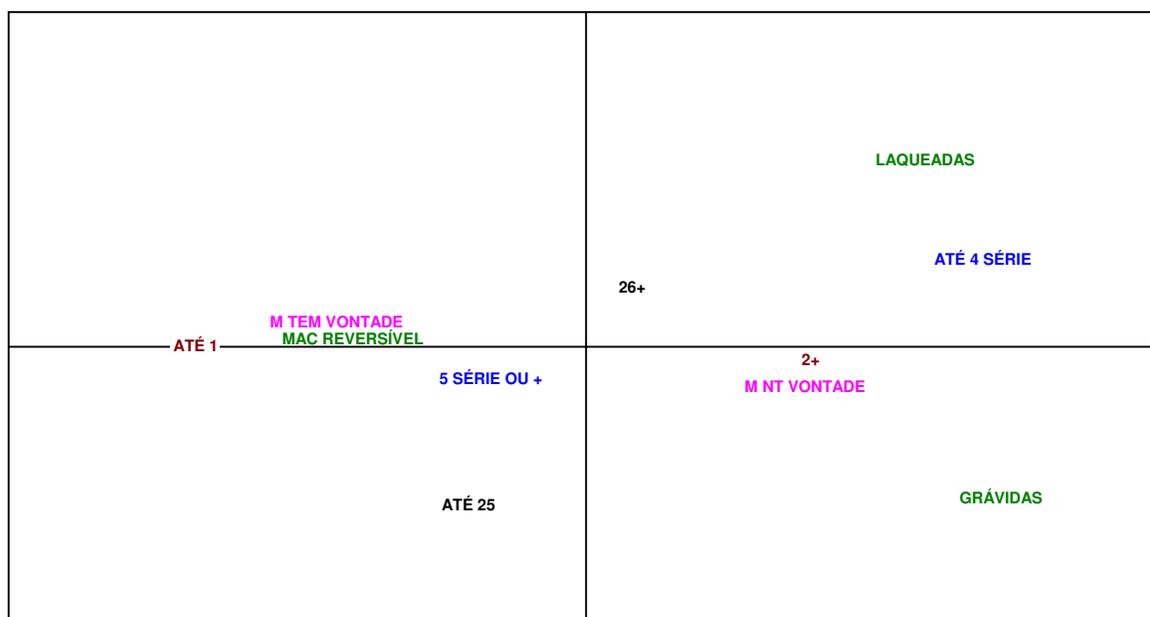


Figura 2. Análise multivariada de correspondência - Associação de fatores relacionados às mulheres com grupos de opção reprodutiva.

Com o objetivo de analisar a associação de todas as variáveis descritas nos mapas anteriores com as opções reprodutivas, foi elaborado um terceiro mapa de correspondência.

Neste último mapa (Figura 3) pôde-se confirmar a associação das variáveis vontade de ter filhos da mulher, menor número de gestações (até uma), parceiro sem filhos prévios de outro relacionamento com as usuárias de MAC reversível, seguidas de parceiro sem vontade de ter filhos e parceira fixa de mais de 5 anos.

As mulheres laqueadas estiveram fortemente associadas às mulheres com mais de 26 anos, que ainda apresentavam vontade de ter filhos.

As grávidas mostraram-se associadas à parceria fixa entre dois e cinco anos, idade menor que 25 anos, com o fato de a mulher não ter vontade de ter filhos, pois já teve duas ou mais gestações. Houve também associações menos intensas com parceiros sorodiscordantes que possuíam vontade de ter filhos, apesar de já possuírem filho prévio de outro relacionamento.

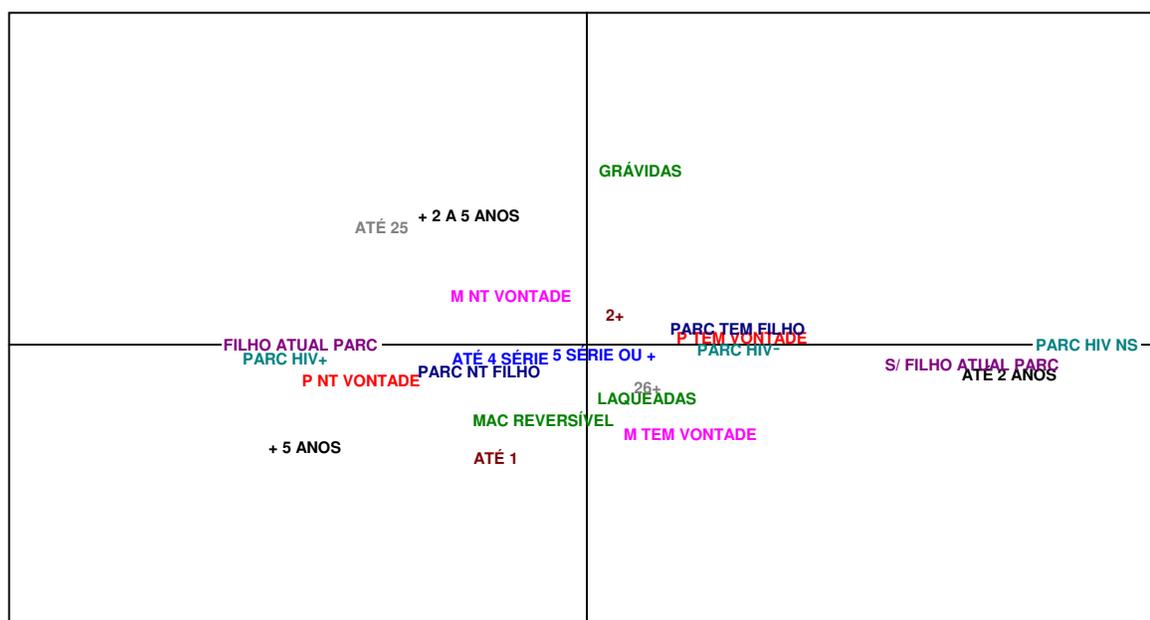


Figura 3. Análise multivariada de correspondência - Associação de fatores relacionados ao parceiro e às mulheres com grupos de opção reprodutiva.

5. Discussão

Para dar início à discussão do estudo, faz-se necessário destacar os resultados mais significativos e comentar algumas restrições em função do tamanho da amostra e desenho do estudo, para então dar seguimento à discussão dos resultados.

O grupo das grávidas foi aquele com mulheres mais jovens, com menos tempo de parceria fixa e parceiros com mais vontade de ter filhos, o que se confirmou pela análise de correspondência. A grande maioria estava na sua segunda gestação, tendo pelo menos um filho vivo, o que poderia estar relacionado com a vontade de fazer laqueadura. A maioria referiu não ter planejado a atual gestação e também foi freqüente a manifestação da mulher de não ter vontade de ter filhos. Entre as gestantes, o desejo do parceiro de ter filhos pode influenciado na decisão reprodutiva.

As laqueadas foram as mais velhas, em que a maioria das mulheres também não tinha vontade de ter mais filhos, embora 3/4 de seus parceiros desejassem filhos. Nesta situação, parece que a ligadura tubária esteve mais relacionada à

decisão da mulher. Este foi o grupo em que quase todas haviam engravidado no mínimo duas vezes e todas possuíam pelo menos um filho vivo. É interessante observar que apesar da maioria das mulheres não apresentar vontade de ter filhos, esta proporção foi apenas um pouco menor do que para as grávidas. Aproximadamente 1/3 permaneceu desejando filho, apesar da laqueadura. Tal fato foi confirmado através da análise de correspondência em que o mapa com as variáveis da mulher e do parceiro mostrou a associação da vontade da mulher de ter filho com as laqueadas. Os demais resultados também foram confirmados por este tipo de análise.

As usuárias de MAC reversível foram aquelas com mais vontade de ter filhos, com a menor proporção de parceiros manifestando a mesma vontade, comparados aos outros grupos. Este foi o único grupo em que algumas mulheres nunca haviam engravidado e apresentava menor proporção de mulheres que referiram ter recebido informações sobre a transmissão do HIV da mãe para o filho. Novamente, a vontade da mulher pareceu dar o tom na decisão da opção reprodutiva, sugerindo a possibilidade da vivência de uma gravidez que ainda não foi concretizada.

O tamanho da amostra calculado, baseado no estudo de MAGALHÃES (1998), pode ter sido insuficiente para mostrar as diferenças entre os grupos ou associações. Não foi encontrado outro estudo que procurasse investigar, dentro de um grupo de mulheres infectadas pelo HIV, os fatores que estariam relacionados às suas opções reprodutivas, divididas em estar grávida, laqueada ou usando um MAC reversível, e que buscasse descrever e comparar esses três subgrupos, servindo de base mais fidedigna para cálculo do tamanho amostral. A exclusão

a posteriori de alguns casos por razões não cogitadas na fase de desenho do estudo contribuiu para reduzir o poder estatístico da amostra. Com a exclusão destes sujeitos o tamanho amostral foi de 112 e os resultados foram aceitos como indicadores de uma direção em relação aos fatores associados explorados no presente estudo. A avaliação das razões e dinâmicas psíquicas determinantes das práticas reprodutivas envolveria desenhos de estudos mais qualitativos e não era essa a pretensão deste estudo.

Uma limitação metodológica foi a dificuldade encontrada na análise dos resultados em função das restrições do questionário, típicas de um estudo de corte transversal, em que não se pode estabelecer com certeza a relação causa-efeito. No caso das gestantes, a pergunta quanto à vontade de ter filhos deveria ter retrocedido ao momento anterior à gestação, quando a mulher ainda não havia concretizado sua vontade. Uma vez grávida, diante do fato consumado, além de preenchida nos seus desejos, seria mais fácil para a mulher pensar em não ter outros filhos. Assim, não fica claro se as respostas obtidas referentes a “não vontade de ter filhos”, relacionam-se ao momento atual ou à vontade de ter filhos independente da gestação, representando uma gravidez inicialmente “não desejada”. Outra limitação do questionário diz respeito às questões sobre a reação do parceiro e pessoas mais próximas frente à atual gestação, e que não puderam ser consideradas porque nem sempre a mulher tinha revelado sua condição sorológica para a família.

Apesar de todas as mulheres serem HIV positivas e estarem em idade reprodutiva, elas se diferenciaram por suas opções contraceptivas ou porque

estavam grávidas. A proposta de investigar-se estas opções reprodutivas, especificamente ter engravidado sabendo-se infectada pelo HIV, ter optado por um método contraceptivo reversível ou realizado a laqueadura após diagnóstico de soropositividade para HIV e os possíveis fatores que estariam influenciando tais escolhas, constitui o caráter inovador do estudo. Outros estudos relacionados ao assunto, encontrados na literatura nacional e internacional, discutiram apenas a decisão ou não de engravidar, ou descreveram práticas anticoncepcionais ou uso de preservativo, apresentando uma visão compartimentalizada e cindida. Pouco se tem discutido sobre os inúmeros fatores que influenciam estas opções, que podem variar conforme o momento e condição de vida de cada mulher.

O presente estudo sugeriu maior número de usuárias de MAC reversível (54%), menos mulheres sem uso de contraceptivo e/ou preservativo (5%), maior número de grávidas (23%) e menor opção pela laqueadura (18%), quando comparados com o estudo de MAGALHÃES (1998), realizado com uma população de mulheres soropositivas da mesma instituição, há cinco anos. Tal fato pode estar relacionado à evolução dos tratamentos e à melhora na qualidade de vida, que proporcionam maior segurança e autonomia nas escolhas reprodutivas das mulheres vivendo com HIV. Ao se comparar esses mesmos resultados com a população geral, no que diz respeito ao uso de anticoncepção de mulheres unidas, com idade entre 15 e 49 anos, ficou evidente o maior uso de MAC reversível e a menor proporção da opção pela laqueadura, nas mulheres portadoras do HIV (BEMFAM, 1997). Nesse sentido, há que se considerar que ao implementar serviços de saúde para o tratamento das pessoas infectadas pelo HIV, o governo brasileiro

permitiu, e por que não dizer, facilitou o acesso dessas pessoas aos métodos contraceptivos e de prevenção das DST/HIV, além da maior conscientização da necessidade de utilizá-los.

Em relação à idade das mulheres, parece natural que as mais jovens fossem aquelas que estavam grávidas, seguidas das usuárias de MAC reversível e, em contrapartida, que as mais velhas fossem aquelas que haviam optado pela laqueadura. Resultado semelhante foi encontrado por BEDIMO et al., (1998) através de um estudo com mulheres americanas HIV positivas. Também na população geral brasileira é possível observar que a opção pela laqueadura tende a aumentar nas mulheres com idade até 45 anos e que as gestantes são as mais jovens (BEMFAM, 1997).

Ainda que não tenha sido encontrada diferença significativa entre os grupos no que diz respeito às demais características sociodemográficas, entre as laqueadas encontrou-se maior proporção de mulheres com menor escolaridade. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por VIEIRA et al., (2002) que observaram o predomínio da laqueadura relacionada à diminuição da escolaridade em mulheres com mais de 30 anos, sem infecção pelo HIV, no Estado de São Paulo. Entretanto, a diferença entre os dois estudos é que, na população geral, essas mulheres vivem maritalmente com um parceiro, e neste estudo, 45% das mulheres laqueadas não viviam junto com um parceiro fixo.

No que diz respeito à história obstétrica, o único resultado significativo foi a diferença no número de gestações, sendo que o grupo de usuárias de MAC

reversível teve a maior proporção de mulheres que havia engravidado apenas uma vez e o único em que havia 11 mulheres que nunca tinham engravidado. Esse resultado sugere que essas mulheres, ao escolherem um MAC reversível, viam-se em condições de controlar sua fecundidade, além de deixarem em aberto a possibilidade de virem a ter outros filhos mesmo sendo soropositivas. A valorização da maternidade foi descrita por OSIS (2001), em estudo qualitativo com mulheres não infectadas pelo HIV, esterilizadas ou usuárias de MAC reversível, que consideraram importante ter filhos, pois representava a transcendência das pessoas, tanto do ponto de vista genético quanto dos valores.

Foi observado que no grupo das laqueadas a grande maioria das mulheres havia engravidado pelo menos duas vezes, além de todas terem filhos vivos, o que justificaria a opção por um método contraceptivo definitivo. BEDIMO et al (1998) também observaram que ter um ou mais filhos vivos estava associado à esterilização nas mulheres HIV positivas, assim como o fato de a mulher não estar vivendo com sua família e também estar com CD 4 menor que 200.

Também encontramos aquelas que mesmo após ter realizado a laqueadura, permaneciam com vontade de ter filhos, o que poderia significar a ambivalência da mulher diante de uma decisão tomada como definitiva em sua vida. Porém, a repercussão do diagnóstico de uma doença crônica, incurável e estigmatizante pode ter favorecido a tomada de decisão dessas mulheres, afastando-as do desejo original de ter mais filhos. Em um estudo com mulheres esterilizadas sem a infecção pelo HIV, SERRUYA (1996) observou que embora as mesmas mulheres falassem da necessidade de limitar o número de filhos devido à sua inserção no

mercado de trabalho e às suas condições socioeconômicas, esse discurso racional, emprestado do discurso médico, não levava em conta outras necessidades emocionais e reais do feminino.

Das 26 grávidas do presente estudo, 2/3 referiram não ter planejado sua atual gestação, o que, no contexto das mulheres soropositivas, parece uma proporção alta, dado que 84% delas havia recebido orientações quanto ao uso de MAC, especialmente o uso de preservativo, para prevenir não só a gravidez mas também a transmissão e recontaminação do HIV. Essa falha da anticoncepção pode estar ligada à questão da ambivalência e do desejo inconsciente de ter filhos que, segundo SZEJER e STEWART (1997), influenciam a prática reprodutiva da mulher. Entretanto, o desenho metodológico desta pesquisa e a opção por trabalhar com métodos predominantemente quantitativos não foram sensíveis o suficiente para expor os fatores subjetivos associados à decisão de engravidar.

Consideramos como vontade ou não de ter filhos aquela que foi manifesta verbalmente pela mulher e que, portanto, fazia parte da instância psíquica considerada pela psicanálise como consciente. Não foi o objetivo deste estudo a investigação do desejo inconsciente que, apesar de não ser expresso verbalmente pela pessoa, aparece nas entrelinhas do discurso através dos atos falhos e lapsos, como o esquecimento ou não-uso do contraceptivo de maneira consistente. Apesar da atual gestação não ter sido planejada, existia o desejo inconsciente de ter filhos, o que confirma a idéia de que não há gravidez que sobrevenha ao acaso e que se houve a concretização desta, houve o predomínio do desejo inconsciente em relação ao consciente (SOIFER, 1980; DOLTO, 1984; CHATEL, 1995).

Alguns estudos americanos como o de SUNDERLAND et al (1992) e o de WESLEY et al., (2000) afirmaram que o conhecimento da soropositividade pareceu não influenciar a decisão de uma nova concepção. SANTOS et al., (2002), em um estudo com mulheres brasileiras HIV positivas, observou que a vontade de ter filhos, encontrada em 20,9% das mulheres, esteve associada diretamente com a idade, o fato de ter filhos, número de filhos vivos, o fato de morar com estes e a motivação para lutar pela vida. A maioria das mulheres tinha medo de que seus filhos nascessem infectados pelo HIV e de não receber apoio das pessoas que as cercavam, inclusive de seus médicos. Sentiam-se estigmatizadas por serem HIV positivas e temiam que esse preconceito passasse para seus filhos, mas isso não impedia na prática, que engravidassem.

O presente estudo corroborou esses dados, pois embora mais da metade das mulheres tivessem referido que ser soropositiva para HIV era o fator que mais interferia na vontade de ter filhos, não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos. Isso sugere que a condição sorológica da mulher não foi determinante para sua opção reprodutiva. Entretanto, mesmo não determinantes, o medo em relação à transmissão do HIV da mãe para o filho, assim como a preocupação em relação ao futuro e às perspectivas de vida de ambos foram observados no discurso das mulheres.

Para CASTRO (2001) a transmissão vertical foi apenas uma dentre as muitas preocupações mencionadas pelas mulheres em relação à maternidade, não se constituindo a principal. O desejo de amamentar e o desconforto e constrangimento experimentados por não poder fazê-lo, foram questões e sofrimentos levantados por

elas. Também no presente estudo a preocupação em relação à impossibilidade do aleitamento materno foi mencionada, embora apenas por uma mulher.

O grupo das grávidas foi também o que apresentou mais vontade de fazer laqueadura, o que pode estar relacionado tanto à intensidade das tensões e pressões vividas no decorrer da gestação, mas também ao fato de que se encontravam na iminência da realização de sua vontade e/ ou desejo em relação à maternidade. BARBOSA et al. (2001), observaram que a realização da laqueadura, posterior à gestação, em mulheres soropositivas entrevistadas em hospitais de São Paulo e Porto Alegre estava mais relacionada às tendências do serviço de saúde em que era assistida a mulher, do que propriamente à vontade desta.

Em relação à abstinência sexual, nenhuma mulher entrevistada neste estudo estava sem relação sexual desde o diagnóstico da doença, apesar de que aproximadamente 11% estivessem em abstinência sexual no momento da entrevista, e 3/4 estivessem também sem parceiro. Dentre aquelas que estavam em abstinência sexual há mais de seis meses, a justificativa predominante alegada estava relacionada a não elaboração do trauma do diagnóstico, ou seja, à *Aids mental*, descrita por SANCHES (1997; 2000). Estas mulheres, com a perda ou separação do parceiro, sentiram-se impedidas de usufruir de sua sexualidade como fonte de vida e de prazer. Esses resultados foram similares ao estudo realizado por PAIVA et al. (2002), em três cidades do Estado de São Paulo, com mulheres infectadas pelo HIV, em que 16% delas haviam interrompido sua vida sexual, embora no presente estudo essa abstinência tivesse ocorrido desde o diagnóstico da infecção. SILVA (1996) observou que 43% das mulheres HIV

positivas entrevistadas em um hospital universitário em Campinas estavam sem atividade sexual nos três meses que antecederam à pesquisa e que, em contrapartida, das mulheres soronegativas que pertenciam ao grupo-controle, apenas 21% apresentaram-se na mesma condição. SANTOS (2002); SANTOS et al., 2002 descreveram que mais da metade de 148 mulheres HIV positivas, entrevistadas na cidade de São Paulo em 1997, estavam em abstinência sexual desde que souberam de sua soropositividade para o HIV. Embora numericamente diferentes, os estudos ilustram o impacto do diagnóstico do HIV na vida sexual delas e a necessidade de um olhar mais cuidadoso em relação à sua sexualidade.

Observamos que para muitas mulheres houve uma separação entre o método usado para a prevenção da gravidez e aquele usado para a prevenção das doenças, pois quando questionadas separadamente, se estavam fazendo uso de camisinha para evitar DST/HIV, as respostas positivas foram significativamente maiores do que o percentual referido quanto ao uso do preservativo nas respostas relacionadas ao uso de MAC. Desta forma, na prática, isso aumentou a proporção de mulheres protegidas das DST/HIV. Em pesquisa realizada sobre o uso de método duplo com homens e mulheres afro-americanos sem a infecção pelo HIV, observou-se também que este tipo de prática era adotado por poucos casais, além de não ser usada ao longo da vida, consistentemente em um relacionamento (WOODSONG e KOO, 1999).

Quanto ao do uso de preservativo em todas as relações sexuais observou-se que somente 63,2% das usuárias de MAC reversível utilizaram o preservativo de maneira consistente, resultados semelhantes aos encontrados por SANTOS

(2002). Em relação às laqueadas apenas a metade delas fazia uso consistente do preservativo. Esta proporção foi significativamente maior se comparada ao estudo de VILLELA e BARBOSA (1996), realizado em São Paulo com mulheres esterilizadas e não esterilizadas não infectadas pelo HIV, que mostrou ser o uso do preservativo significativamente menor nas esterilizadas, indicando que essas mulheres, geralmente casadas e com nível de escolaridade mais baixo, provavelmente tinham maior dificuldade de negociar mudanças em suas práticas sexuais. Nesse estudo, nenhuma mulher esterilizada havia usado preservativo no mês que precedeu à entrevista.

No que diz respeito às grávidas, observou-se de maneira geral, um menor número de usuárias da camisinha, chegando a aproximadamente 1/3 no uso consistente deste método, o que mostrou a necessidade de realizar-se o aconselhamento reprodutivo constantemente e não apenas no momento da descoberta do diagnóstico ou início do tratamento.

Ao analisarmos a consistência do uso do preservativo em relação à condição sorológica do parceiro, pôde-se observar resultados semelhantes ao encontrado por SANTOS (2002), em que os parceiros soronegativos para HIV apresentaram maior consistência de uso de preservativo do que aqueles que possuíam sorologia positiva para o vírus. Entretanto, resultado oposto foi encontrado para o grupo das grávidas, que apresentou maior taxa de uso de camisinha (consistente e inconsistente) com parceiros soropositivos. Esse fato sugere que durante a gestação a preocupação da mulher e de seu parceiro parece estar

bastante focada na possibilidade de transmissão do vírus ao bebê e nem tanto na transmissão do vírus ao parceiro.

Além disso, no decorrer da gravidez a preocupação em reduzir os riscos da transmissão mãe-bebê através do uso das terapias anti-retrovirais pareceu prevalecer em relação à importância do uso do preservativo, que também estaria potencialmente prevenindo a troca de subtipos e carga viral. Conseqüentemente, estaria contribuindo para a prevenção do aumento da transmissão do vírus para o bebê, além de evitar a transmissão do vírus entre o casal. A importância de discutir-se todos os aspectos, explicando os motivos de cada orientação, e a tentativa de buscar-se compreender os motivos do não-uso do preservativo devem ser retomados a cada consulta. Para tanto, há a necessidade de que o aconselhamento leve em consideração as particularidades da história de vida e contexto em que está inserida cada mulher, assim como as barreiras e dificuldades encontradas por cada uma delas em particular no que se refere, principalmente, à prevenção do HIV (KASS, 1994; ANDERSON, 2000; WESLEY et al., 2000).

Ainda no aconselhamento, há que se considerar a vontade do parceiro de ter filhos, fator que foi observado por KLINE et al., (1995) e RHIND e JAMES (1998) como tendo uma importante influência na decisão da mulher de engravidar. No presente estudo esta variável não pareceu ter sido preponderante, a não ser no grupo das grávidas. Através da análise multivariada pôde-se perceber claramente a associação da vontade do parceiro com o grupo das grávidas, que estaria confirmando o que foi descrito pelos autores acima citados. A preocupação com o risco de transmissão do vírus ao bebê em função da soropositividade do

casal e, ou do risco de contaminação do parceiro, quando este não era infectado, pareceu ter pouca influência na vontade de ter filhos do parceiro.

Quanto à condição sorológica dos parceiros das mulheres não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, através da análise univariada. No entanto, pôde-se observar menor soroconcordância no grupo das grávidas e uma maior associação com as laqueadas e usuárias de MAC reversível. O achado de que aproximadamente metade das mulheres possuía parceiros que ignoravam sua condição sorológica confirma a necessidade de se reforçar o aconselhamento reprodutivo para este casal. Neste aconselhamento deve-se levar em conta seus projetos futuros de ter ou não filhos, além de buscar orientá-los a respeito de como poderiam diminuir os riscos de contaminação horizontal e vertical pelo vírus HIV.

A proporção de mulheres com diagnósticos recentes (entre 1998 e 2002) foi maior nos grupos de grávidas e de usuárias de MAC reversível, apesar de não ser significativa. Esta fase coincidiu com o oferecimento do tratamento com terapia múltipla para as gestantes no pré-natal e melhoria da qualidade e perspectiva de vida para as pessoas infectadas pelo HIV. GOMES (2001) também observou, no mesmo hospital-escola em que foi realizado o presente estudo, um aumento crescente dos partos de mulheres HIV positivas até o ano de 2000, redução do uso de MAC prévio e mais mulheres que pareciam ter conscientemente planejado sua gravidez.

A condição clínica, tanto da mulher como de seu parceiro, pôde ser considerada privilegiada em relação a maior parte do mundo. A prioridade do

Governo em relação ao combate da epidemia da Aids através da distribuição gratuita de medicamentos, assim como o fato de termos realizado a pesquisa na segunda maior cidade do Estado de São Paulo, na qual há facilidade de acesso a várias instituições que oferecem tratamentos gratuitos e de qualidade às pessoas portadoras do HIV, poderia explicar o fato de termos a maioria das pessoas consideradas saudáveis e utilizando terapias anti-retrovirais (MATTOS et al., 2001).

Observa-se uma evolução ética no tratamento das questões reprodutivas das mulheres que vivem com o HIV. Pouco a pouco estão sendo colocados em prática, muito mais do que no início da epidemia, os três princípios da Bioética: a beneficência, a autonomia e a justiça (KASS, 1994; ENGLERT et al., 2001). A beneficência, no contexto da saúde reprodutiva nos tempos de Aids, refere-se a nossa responsabilidade enquanto provedores de saúde e sociedade em olhar para a mulher como um todo, ou seja, não apenas no que diz respeito aos aspectos clínicos e de transmissibilidade da doença, mas também aos aspectos psicológicos e emocionais envolvidos em suas decisões. O segundo princípio diz respeito à autonomia que cada indivíduo deve possuir para tomar suas próprias decisões, principalmente no que diz respeito à questão da gravidez estando infectada pelo HIV, mesmo que esta decisão entre em conflito com aquelas que seriam adotadas particularmente por cada profissional. O princípio da justiça nos fala da necessidade de que as pessoas sejam tratadas de maneira imparcial, sem diferença e discriminação.

Pactuamos com alguns autores nacionais (VIEIRA et al., 1999; BARBOSA et al., 2001; SANTOS, 2002; SANTOS et al., 2002) que destacaram a urgência

na busca de alternativas, além dos métodos de barreira, para se reduzir o risco de transmissão do HIV através do ato sexual. O incentivo ao desenvolvimento de métodos como os microbicidas, assim como a coragem de flexibilizar a discussão sobre a prevenção levando em consideração a vontade de ter filhos, sem deixar de enfatizar que hoje ainda o método mais seguro para evitar a transmissão do HIV é o preservativo, são necessárias. Quando consideramos uma hierarquia de riscos qualquer proteção é melhor que nenhuma. A ampliação das alternativas de redução de risco, como por exemplo, a orientação de que relações sexuais no período menstrual e na presença de lesões genitais aumentam o risco de contaminação pelas DST e pelo HIV, ou a possibilidade do casal que está querendo engravidar de diminuir o risco de transmissão do HIV se tiver relação sexual desprotegida apenas no período fértil da mulher são fundamentais para que se cumpram os princípios da beneficência, autonomia e justiça.

Dentro deste contexto, observamos que a grande maioria das mulheres havia recebido orientação em relação à anticoncepção e prevenção da doença. Mais da metade das mulheres de todos os grupos afirmaram que esta orientação mudou sua maneira de pensar sobre este assunto, afirmação essa que não necessariamente foi colocada em prática, mas que pode ser considerada o primeiro passo de reflexão a respeito do assunto para que, posteriormente possa atingir uma mudança efetiva de comportamento. Esta afirmativa não pôde ser confirmada em relação às orientações sobre transmissão vertical do HIV, referidas pelas mulheres. Neste caso, as usuárias de MAC reversível foram as que mais referiram não ter recebido orientação, ou que menos se recordavam delas. Entretanto, essa

proporção ainda foi maior do que a encontrada por PAIVA et al., (2002). Esse fato ilustrou que certamente existem falhas no aconselhamento reprodutivo da mulher, ainda compartimentalizado e tendencioso, com ênfase na contracepção e transmissão do vírus, sem fornecer elementos para uma reflexão mais profunda que possa auxiliar e porque não dizer, determinar a opção e a prática reprodutiva desta mulher.

É preciso, portanto, melhor preparar os profissionais e os serviços de saúde, não apenas através da atualização dos conhecimentos científicos e normatizações, que são fundamentais, mas também através da reflexão de seu papel e função na assistência às pessoas vivendo com HIV. Por outro lado, é necessário que esses profissionais tenham a percepção e a compreensão dos seus limites, para que a “Aids mental e social”, descritas por SANCHES (1997; 2000), não se sobreponham àquilo que parece ser mais racional. É imprescindível ter claro que cabe a cada pessoa, infectada ou não pelo HIV, o direito de decidir sobre a sua opção reprodutiva e que o papel do profissional de saúde é o de esclarecer todas as suas dúvidas e auxiliá-la a pensar nas várias opções reprodutivas.

6. Conclusões

1. A idade mais jovem parece ser indicativo de uma escolha em que se incluía a possibilidade de ter filho.
2. A vontade da mulher de ter filhos parece ter sido mais importante entre as usuárias de MAC reversível e a vontade do parceiro na determinação da gravidez. Para as laqueadas a vontade do parceiro foi freqüente, independente da opção reprodutiva da mulher tomada como definitiva. A única diferença entre os grupos em relação à história reprodutiva da mulher foi o número de gestações que apresentou menor proporção entre as usuárias de MAC reversível.
3. As boas condições clínicas, tanto da mulher como de seu parceiro, e a condição sorológica do parceiro não influenciaram as opções reprodutivas da mulher.
4. A orientação dos profissionais de saúde a respeito de anticoncepção e uso de preservativo parece não determinar a opção reprodutiva da mulher, embora tenha aumentado seu conhecimento a respeito do assunto. O grupo de usuárias de MAC reversível foi o que referiu menos orientação sobre a transmissão do HIV da mãe para o filho.

7. Referências Bibliográficas

ANDERSON, J. HIV and Reproduction. In: Anderson, J. **A guide to the clinical care of women with HIV**. Preliminary Edition, HRSA, 2000. p.211-69.

BARBOSA, R. M.; KNAUTH, D. R.; HOPKINS, K.; POTTER, E. HIV transmission from mother to infants and reproductive options. In: **The third conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infant**. Uganda, 2001.

BARBOSA, R. M. HIV/AIDS, Transmissão Heterossexual e Métodos de Prevenção Controlados pelas Mulheres. In: **Saúde sexual e reprodutiva**, N° 2 (Coleção ABIA). Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ, 2001.

BARNES, D. You can even possibly have a child: reproduction in the lives of HIV-positive women. In: **14 th International AIDS Conference**, Barcelona, 2002.

BEDIMO, L.; BESSINGER, R.; KISSINGER, P. Reproductive choices among HIV positive women. **Soc Sci Med**, 46:171-9, 1998.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro, 1997.

BENNETTS, A.; SHAFFER, N.; MANOPAIBOON, C.; CHAIYAKUL, P.; SIRIWASIN, W.; MOCK, P. et al. Determinants of depression and HIV-related worry among HIV-positive women who have recently given birth, Bangkok, Thailand. **Soc Sci Med**, 49:737-49, 1999.

BIANCO, M. Maternidade e AIDS na Argentina: Desafios não resolvidos. **II Seminário sobre saúde reprodutiva em tempos de AIDS**, ABIA: Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e saúde – IMS/UERJ, 1997.

BRASIL. Ministério de Saúde – Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo os seres humanos. *Inf. Epidemi. SUS – Brasil*, 2, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional DST e Aids. **Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional DST e Aids. **Boletim Epidemiológico**, outubro de 2001 a março de 2002.

CASTRO, C. M. **Os Sentidos da Maternidade: para Gestantes e Puérperas Vivendo com HIV**. São Paulo, 2001. (Dissertação – Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

CHATEL, M. M. **Mal-estar na procriação. As mulheres e a médica da reprodução**. Rio de Janeiro: Editora Campo Matêmico;1995.

COLL, O.; VIDAL, R.; MARTINEZ DE TEJADA, B.; BALLESCA, J.L.; AZULAY, M.; VANRELL, J.A. Management of HIV serodiscordant couples. The clinician point of view. **Contracept Fertil Sex**, 27:399-404, 1999.

DEBRAY, R. **Bebês/ Mães em revolta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DECLARAÇÃO DE HELSINKE III: Sobre os princípios éticos para pesquisas em seres humanos. (online) Edimburgo, Escócia, 2000 (citada em 7 de outubro de 2000). Avaliável na Internet: <http://www.ibemol.com.br/declarações/helsinque>

DOLTO, F. A Gênese do Sentimento Materno: Esclarecimento Psicanalítico da Função Simbólica Feminina In: DOLTO, F. **No Jogo do desejo – ensaios clínicos**. Rio de Janeiro: Zahar Editores;1984. p.196-213.

ENGLERT, Y.; VAN VOOREN, J.P.; LIESNARD, C.; LARUELLE, C. DELBAERE, A. Medically assisted reproduction and the desire for a child by HIV infected couples: has the time for a change in attitude come? **Gynecol Obstet Fertil**, 29:339-48, 2001.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL – Network en español – Planificación familiar e IST. **Las mujeres VIH-positivas tienen necesidades diferentes**. EE.UU, 20: 8-13, 2001.

FAÚNDES, D.; FAZANO F.; AMARAL, E.; PETTA, C. A.; FAÚNDES, A. NEVES, P. A.; DE LÚCIO, M. A. Gravidez em casal HIV sorodiscordante através de purificação do sêmen e técnica de ICSI. **Reprod Clim**, 16:137-9, 2001.

FERNANDEZ, A.M. **La mujer de la ilusion. Pactos y contratos entre hombres y mujeres**. Buenos Aires: Paidós, 1994.

FREUD, S. Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. **Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1974. p.89-108.

GALVÃO, M.T.G.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; FERREIRA, M.L.S.M.; SOUZA, L.R. Razões do não uso do preservativo masculino entre pacientes com infecção ou não pelo HIV. **J Bras Doenças Sex Transm**, 14:25-30, 2002.

GOMES, F.A.S. **Impacto das intervenções na redução da transmissão vertical do HIV: Experiência em uma maternidade brasileira de 1990 a 2000**. Campinas, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

GUIMARÃES, C.D.O comunicante, a comunicada: a transmissão sexual do HIV. In: PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de Aids**. São Paulo: Summus Editorial, 1992. p.147-57.

GREENACRE, M.J. Multiple Correspondence Analysis. In: GREENACRE, M.J. **Correspondence analysis in practice**. Academic Press Limited, 1993. p.141-50.

HENRION, R.; MANDELBROT, L.; FIRTION, G.; CREUMIEUX, N.; HENRION-GEANT, E. HIV seropositivity and desire for children. **Contracept Fertil Sex**, 21:217-21, 1993.

KASS, N.E. Policy, ethics, and reproductive choice: Pregnancy and childbearing among HIV-infected women. **Acta Pediatr**, 400(Suppl):95-8, 1994.

KLINE, A.; STRICKLER, J.; KEMPF, J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV positive women. **Soc Sci Med**, 40:1539-47, 1995.

KWALOMBOTA, M. The effect of pregnancy in HIV-infected women. **Aids Care**, 14:431-3, 2002.

LAGO, T.G. Opções contraceptivas em tempos de AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996. p.191-203.

LYVERLY, A. D.; ANDERSON, J. Human immunodeficiency virus and assisted reproduction: reconsidering evidence, reframing ethics. **Fertil Steril**, 75:843-58, 2001.

MAGALHÃES, J. **Mulheres infectadas pelo HIV: o impacto na anticoncepção, no comportamento sexual e na história obstétrica**. Campinas. 1998.

[Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas].

MAGALHÃES, J.; AMARAL, E.; GIRALDO, P.C.; SIMÕES, J.A. HIV infection in women: impact on contraception. **Contraception**, 66:87-91, 2002.

MAKUCH, M.Y. **Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização *in vitro* da UNICAMP**. Campinas, 2001. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

MARTIN, D.; BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. Mulheres e a prevenção da AIDS. In: PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de Aids**. São Paulo: Summus Editorial, 1992. p. 166-176.

MATTOS, R. A.; TERTO JR., V.; PARKER, R. As Estratégias do Banco Mundial e a Resposta à Aids no Brasil. In: **Políticas Públicas e Aids**, Nº 1 (Coleção ABIA), Rio de Janeiro, 2001.

MINAYO DE SOUZA, M. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINKHOFF, H.; SANTORO, N. Ethical considerations in the treatment of infertility in women with human immunodeficiency virus infection. **N Engl J Med**, 342:1748-50, 2000.

OSIS, M.J.M.D. **Laqueadura e representações acerca da sexualidade e do papel reprodutivo**. São Paulo, 2001. [Tese – Doutorado – Faculdade de Saúde Pública].

PAIVA, V.; LATORRE, M. R.; GRAVATO, N.; LACERDA, R. (ENHANCING CARE INITIATIVE – BRAZIL). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, 18:1609-20, 2002.

RAVIZZA, M.; SARA, F.; SEVESO, A.; MAGIAROTTI, L.; IERARDI, M.G.; SERAFINI, P. et al. Five years of reproductive assistance with ivfet in HIV discordant couples. In: XIV International AIDS Conference 2002. **Late Breaker Abstracts** (LbPe D9040). Barcelona, 2002.

RHIND, G.; JAMES, N. J. A cross-sectional descriptive survey of factors influencing reproductive decision making in women with HIV infection. In: **12th WORLD AIDS CONFERENCE** (14187), Genebra, 1998.

RUTENBERG, N. BIDDLECOM, A.E.; KAONA, F.A.D. Reproductive decision-making in the context of HIV and Aids: a qualitative study in Ndola, Zambia. ***Int Fam Plann Perspect***, 26: 124-130, 2000.

RYDER, R. W.; KAMENGA, C.; JINGU, M.; MBUYI, N.; MBU, L.; BEHETS, F. Pregnancy and HIV -1 incidence in 178 married couples with discordant HIV-1 serostatus: additional experience at an HIV-1 counseling centre in the Democratic Republic of the Congo. ***Tropical Med Int Health***, 5: 482- 487, 2000.

SANCHES, R.M. **Escolhi a Vida. Desafios da Aids mental**. São Paulo: Olho D'água, 1997.

SANCHES, R.M. **Da sobrevivência à existência. A ressignificação da vida diante da AIDS**. São Paulo, 2000. [Tese – Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

SANTOS, N.J.S. **As mulheres e suas decisões reprodutivas, diante da epidemia de HIV/AIDS**, São Paulo, 2002. [Tese – Doutorado – Faculdade de Saúde Pública].

SANTOS, N.J.S.; BUCHALLA, C.M.; FILLIPE, E.V.; BUGAMELI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. ***Rev Saúde Pública***, 36 (supl), 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal do Estado de São Paulo – Programa Municipal de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico de AIDS ano XXI nº 1**. São Paulo, Janeiro 2002.

SAUER, M.V.; CHANG, P.L. Establishing a clinical program for human immunodeficiency virus 1 – seropositive men to father seronegative children by means of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection. ***Am J Obstet Gynecol***, 186:627-33, 2002.

SAUER, M.V. Addressing the fertility needs of HIV-1 serodiscordant couples. In: **Fertility regulation and systemic hormones in HIV-infected and at-risk women Abstracts**. Virginia, 2003.

SERRUYA, S. **Mulheres esterilizadas: submissão e desejo**. Belém: UFPA-NAEA/UEPA, 1996.

SIFER, C.; BENFILA, J. L.; DEVAUX, A.; BLANC-LAYRAC, G.; MADELENA, T. P.; FELDMANN, G.- Relationship between human immunodeficiency virus and sperm-implications in medically assisted procreation. ***Gynecol Obstet Fertil***, 28:275-84, 2000.

SILVA, E. M. A. F. **Características epidemiológicas e doenças do trato genital inferior associados à infecção por HIV em mulheres sob risco de doenças de transmissão sexual**, Campinas, 1996. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SPERLING, R.S.; SHAPIRO, D.E.; COOMBS, R.W.; TODD J.A.; HERMAN, S.A.; McSH, G.D. et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. ***N Engl J Med***, 335:1621-9,1996.

SUNDERLAND, A.; MINKOFF, H.L.; HANDTE, J.; MOROSO, G. LANDESMAN, S. The impact of immunodeficiency virus serostatus on reproductive decisions of women. ***Obstet Gynecol***, 79:1027-31, 1992.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TERTO JR., V. Sexo seguro. In: PAIVA, V. (Org.). **Em tempos de Aids**. São Paulo: Summus Editorial, 1992. p.115-24.

THOMPSON, S.K. Sample Size for Stimulating Multinomial Proportions. **Am Statist**, 41:42-6, 1987.

VIEIRA, E.M.; FERNANDES, M.E.L.; DÍAZ, J.; KALCKMANN, S.; PLUCIENNICK, A.M.A. Anticoncepção em tempos de Aids. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p.324-45.

VIEIRA, E. M.; BADIANI, R.; DAL FABRO, A. L.; RODRIGUES JR., A. L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, 36: 263- 270, 2002.

VILLELA, W.; BARBOSA, R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, 30:452- 9, 1996.

VIMERCATI, A.; GRECO, P.; MEI, L.; VERDINO, V.; CAPURSI, T.; LOIZZI, V. Ruolo del counselling sulle abitudini sessuali e scelta riproduttiva in soggetti HIV- 1 positivi. **Minerva Ginecol**, 51: 331- 333, 1999.

WESLEY, Y.; SMELTZER, S. C.; REDEKER, N. S.; WALKER, S.; PALUMBO, P.; WHIPPLE, B. Reproductive decision making in mothers with HIV-1. **Health Care Woman Int**, 21:291-304, 2000.

WILLIAMS, H.A.; WATKINS, C.E.; RISBY, J. A. Reproductive decision- making and determinants of contraceptive use in HIV- infected women. **Clin Obstet Gynecol**, 39:333-43, 1996.

WOODSONG, C.; KOO, H. P. Two good reasons: women's and men's perspectives on dual contraceptive use. **Soc Sci Med**, 49:567-80, 1999.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2002).

9. Anexos

9.1. Anexo 1 - Questionário

Pesquisa: Fatores associados às opções reprodutivas de mulheres vivendo com HIV

Pesquisadora: Andréa S. Rossi Iuspa

No de ordem: _____

Data da Entrevista: ___/___/___

AIG PNE outros

SEÇÃO 1: Dados Sócio-Demográficos

1.1. Quantos anos completos você tem? _____ anos

1.2. Até que ano você freqüentou a escola?

1. ___ não freqüentou
2. ___ da 1ª a 4ª série do 1º grau
3. ___ da 5ª a 8ª série do 1º grau
4. ___ do 1º ao 3º ano do 2º grau
5. ___ curso técnico
6. ___ nível superior

1.3. Atualmente, você está:

1. ___ Solteira
2. ___ Casada/amasiada
3. ___ Separada/divorciada
4. ___ Viúva

1.4. No momento, você está vivendo junto com seu companheiro ou não?

1. ___ vive junto
2. ___ não vive junto

1.5. Qual você considera que é a sua cor da sua pele?

1. ___ Branca
2. ___ Preta/negra
3. ___ Parda/mulata
4. ___ outra

- 1.6. Qual a crença religiosa que você considera seguir?
1. ___ Nenhuma (**passa para 1.11**)
 2. ___ Católica
 3. ___ Protestante (Presbiteriana, Batista, Metodista)
 4. ___ Espírita Kardecista
 5. ___ Umbanda/Candomblé
 6. ___ Evangélica (Crente, Assembléia, Congregação, Universal)
 7. ___ Outra: _____
- 1.7. Com que freqüência você vai a(o)(ver 1.6- igreja, culto, terreiro)?
1. ___ mais de 1x/semana
 2. ___ semanalmente
 3. ___ 2x/mês
 4. ___ 1x/mês
 5. ___ de vez em quando
 6. ___ não freqüenta
 7. ___ não sabe
- 1.8. Sua religião permite que você use métodos anticoncepcionais ou camisinha para evitar filhos?
1. ___ sim 2. ___ não 3. ___ não sabe
- 1.9. Você acha que a sua religião tem influência na sua decisão de ter filhos ou como evitá-los?
1. ___ sim 2. ___ não 3. ___ não sabe
- 1.10. Por quê?
- _____
- _____
- 1.11. Atualmente você trabalha como?
1. ___ empregada assalariada de empresa privada, com carteira assinada
 2. ___ empregada assalariada de empresa privada, sem carteira assinada
 3. ___ empregada assalariada de Setor Público
 4. ___ trabalhadora por conta própria ou autônoma
 5. ___ empregada doméstica (mensalista ou diarista)
 6. ___ empregadora ou profissional liberal
 7. ___ dona de negócio
 8. ___ dona de negócio familiar
 9. ___ desempregada
 10. ___ aposentada
 11. ___ estudante
 12. ___ dona de casa
 13. ___ outro: _____

Agora vamos falar um pouco sobre seu parceiro

- 1.12. Atualmente você tem parceiro fixo?
1. ___ sim Passe para 1.13
 2. ___ não Passe para 1.16
- 1.13. Há quanto tempo vocês estão juntos? _____
- 1.14. Você sabe até que ano ele freqüentou a escola?
1. ___ não freqüentou
 2. ___ da 1ª a 4ª série do 1º grau
 3. ___ da 5ª a 8ª série do 1º grau
 4. ___ do 1º ao 3º ano do 2º grau
 5. ___ curso técnico
 6. ___ nível superior
 7. ___ não sabe

- 1.15.** Atualmente seu parceiro trabalha como?
1. ___ empregado assalariado de empresa privada, com carteira assinada
 2. ___ empregado assalariado de empresa privada, sem carteira assinada
 3. ___ empregado assalariado de Setor Público
 4. ___ trabalhador por conta própria ou autônomo
 5. ___ empregado doméstico (mensalista ou diarista)
 6. ___ empregador ou profissional liberal
 7. ___ dono de negócio
 8. ___ dono de negócio familiar
 9. ___ desempregado
 10. ___ aposentado
 11. ___ estudante
 12. ___ dono de casa
 13. ___ outro: _____
- 1.16.** Qual a renda média familiar?
1. ___ menos de 1 salário mínimo
 2. ___ 1 salário mínimo
 3. ___ mais de 1 até 2 salários mínimos
 4. ___ mais de 2 até 3 salários mínimos
 5. ___ mais de 3 até 5 salários mínimos
 6. ___ mais de 5 salários mínimos
 7. ___ outra: _____

SEÇÃO 2: Dados sobre a vida pessoal

- 2.1.** Você pratica sexo por dinheiro, favores ou drogas atualmente?
1. ___ sim **Passe para 2.2**
 2. ___ não **Passe para 2.3**
- 2.2.** Costuma usar preservativo (camisinha masculina ou feminina) nesta ocasião?
1. ___ em todas as relações sexuais
 2. ___ em 50% das vezes
 3. ___ apenas de vez em quando
 4. ___ nunca
- 2.3.** Você faz uso de algum tipo de droga ilícita atualmente?
1. ___ sim **Passe para 2.4**
 2. ___ não **Passe para 2.5**
- 2.4.** Costuma manter relação sexual sob efeito de droga?
1. ___ sim
 2. ___ não
 3. ___ às vezes
- 2.5.** Você já foi forçada a manter relação sexual sem o seu consentimento?
1. ___ sim **Passe para 2.6**
 2. ___ não **Para Seção 3**
- 2.6.** Quando? (pode ter mais de uma resposta)
1. ___ na infância (até 11 anos de idade)
 2. ___ na adolescência (a partir de 11 anos até 19 anos de idade)
 3. ___ vida adulta
 4. ___ atualmente

SEÇÃO 3: História obstétrica e de anticoncepção

Agora vamos falar um pouco sobre quantas vezes você engravidou, se teve algum aborto, número de filhos vivos e mortos.

	Antes do diagnóstico	Após diagnóstico
3.1. Quantas vezes ficou grávida?		
3.2. Quantos abortos espontâneos você teve?		
3.3. Quantos abortos provocados você fez?		
3.4. Quantos filhos estão vivos?		
3.5. Quantos filhos estão mortos?		

Instrução I: Se possuir filhos vivos, realizar questões 3.6 a 3.8.

3.6. É(são) ele(s) filho(s) do seu atual parceiro?

1. ___ sim – 3.6.1 Quantos? _____
2. ___ não
3. ___ não tem parceiro atualmente

3.7. Algum de seus filhos vivos é portador do vírus HIV?

1. ___ sim **Passe para 3.8**
2. ___ não **Passe para I. II**
3. ___ sem confirmação **Passe para I. II**

3.8. Ele já precisou ser internado por mais de um dia por causa da doença (Aids)?

1. ___ sim
2. ___ não

Instrução II: Se possui filho(s) morto(s), realizar 3.9

3.9. Dos filhos que já morreram, algum deles morreu por causa da Aids?

1. ___ sim, faleceu por causa da Aids. 3.9.1 Quantos? _____
2. ___ não
3. ___ não sabe

3.10. Você tem vontade de ter filhos (ou mais filhos)?

1. ___ sim
2. ___ não
3. ___ talvez

3.11. Você acredita que o fato de você ser HIV+ interfere na sua vontade de ter filhos?

1. ___ sim **Passe para 3.12**
2. ___ não **Passe para 3.13**
3. ___ não sabe **Passe para 3.13**

3.12. De que forma?

3.13. Você tem mantido relação sexual nestes últimos seis meses?

1. ___ sim **Passe para 3.16**
2. ___ não **Passe para 3.14 e 3.15**

3.14. Há quanto tempo você está sem atividade sexual? _____ meses

3.15. Qual o motivo da abstinência sexual?

3.16. Você recebeu orientação sobre uso de MAC ou camisinha por algum profissional da saúde (médico e/ou enfermeiro) logo após diagnóstico de HIV+?

1. ___ sim **Realizar 3.17 a 3.19**
2. ___ não **Passe para 3.20**
3. ___ não lembra **Passe para 3.20**

3.17. Se sim, qual foi a orientação dada? (ler todas as alternativas, pode ter mais de uma resposta)

1. ___ Usar camisinha masculina ou feminina
2. ___ Usar MAC reversível (pílula, injeção, DIU)
3. ___ Fazer laqueadura
4. ___ Encaminhar parceiro para vasectomia
5. ___ Não engravidar
6. ___ Não ter relações sexuais
7. ___ Usar camisinha e outro MAC
8. ___ Outras: _____

3.18. Na sua opinião, esta orientação mudou a sua maneira de pensar sobre o uso de MAC e camisinha?

1. ___ sim
2. ___ não

3.19. Por quê?

3.20. Atualmente está fazendo uso de MAC? (ler todas as alternativas, pode ter mais de uma resposta)

1. ___ Nenhum (**passar para 3.22**)
2. ___ Pílula (comprimido)
3. ___ Injeção
4. ___ Camisinha masculina
5. ___ Camisinha feminina
6. ___ DIU
7. ___ Diafragma
8. ___ Tabela/ Billings
9. ___ Coito interrompido
10. ___ Ligadura de trompas (laqueadura)
11. ___ Vasectomia

Instrução III: Ao realizar 3.21 passe para 3.23

3.21. Por quê escolheu este método? (pode ter mais de uma resposta)

1. ___ é mais seguro, confia nele
2. ___ o médico indicou
3. ___ amiga/ parente indicou
4. ___ espero engravidar um dia
5. ___ porque evita as DST/HIV
6. ___ não tem efeitos colaterais
7. ___ marido/parceiro prefere
8. ___ é barato
9. ___ disponível na rede de saúde
10. ___ é mais prático/não precisa ficar se preocupando
11. ___ não queria mais filhos
12. ___ outros métodos faziam mal
13. ___ já tomo comprimidos demais
14. ___ problema de saúde
15. ___ outro. Qual? _____

- 3.22.** Por quê você não está utilizando nenhum método para evitar filhos? (pode ter mais de uma resposta)
1. ___ está grávida
 2. ___ atualmente não está tendo relação sexual (**passe para 3.24**)
 3. ___ gostaria de engravidar
 4. ___ insatisfação c/ MAC prévio
 5. ___ dificuldade p/ obter MAC
 6. ___ marido estéril
- 3.23.** Atualmente, você e seu parceiro têm feito uso de camisinha (masculina e/ou feminina) para a prevenção das DST/HIV e gravidez?
1. ___ em todas as relações sexuais
 2. ___ em 50% das vezes ou mais
 3. ___ apenas de vez em quando
 4. ___ nunca
 5. ___ outros

Instrução IV: Se laqueada, passe para Instrução V.

- 3.24.** Você tem vontade de fazer laqueadura?
1. ___ sim **Realizar 3.25 e 3.26**
 2. ___ não **Passe para I. V**
 3. ___ não sabe **Passe para I.V**
- 3.25.** Atualmente você tem planos de fazer laqueadura?
1. ___ sim
 2. ___ não
- 3.26.** Por quê você quer fazer laqueadura?
1. ___ não quero mais engravidar
 2. ___ não posso mais engravidar (problema de saúde)
 3. ___ motivos relacionados ao HIV
 4. ___ método mais seguro
 5. ___ quero parar de usar outro MAC
 6. ___ outra: _____

Instrução V: Se grávida no momento da entrevista; realizar 3.27 a 3.31.

- 3.27.** Esta gravidez foi planejada?
1. ___ sim
 2. ___ não
- 3.28.** Você estava usando algum MAC para evitar filhos antes da atual gestação?
1. ___ Nenhum
 2. ___ Pílula (comprimido)
 3. ___ Injeção
 4. ___ Camisinha masculina
 5. ___ Camisinha feminina
 6. ___ DIU
 7. ___ Diafragma
 8. ___ Tabela/ Billings
 9. ___ Coito interrompido
 10. ___ Ligadura de trompas (laqueadura)
 11. ___ Vasectomia

3.29. O que você pensa sobre estar grávida tendo a infecção pelo HIV?

3.30. Como foi a reação do parceiro frente a atual gravidez?

3.31. Como foi a reação das pessoas mais próximas (família e/ou amigos) frente a atual gravidez?

3.32. Você recebeu alguma orientação sobre transmissão do vírus HIV da mãe para seu filho?

1. ___ sim **Passe para 3.33**
2. ___ não **Passe para 3.34**
3. ___ não lembra **Passe para 3.34**

3.33. Qual foi a orientação recebida?

3.34. Seu parceiro atual tem filhos vivos de outro relacionamento?

1. ___ sim
2. ___ não

3.35. Você sabe se seu parceiro tem/tinha vontade de ter filhos?

1. ___ sim **Passe para 3.36**
2. ___ não **Passe para Seção 4**
3. ___ não sabe **Passe para Seção 4**

3.36. Como ele manifesta/manifestava essa vontade?

SEÇÃO 4: Condição clínica da mulher

4.1. Qual a data ou período mais provável que você teve seu diagnóstico de HIV+?

___ dia _____ mês _____ ano

4.2. Você faz tratamento regularmente com infectologista?

1. ___ sim
2. ___ não

4.3. Faz uso de medicação anti-retroviral?

1. ___ sim
2. ___ não

4.4. Você freqüenta ou freqüentou o leito-dia nos últimos seis meses?

1. ___ sim 2. ___ não

4.5. Você esteve acamada/internada por causa do HIV por 7 dias ou mais nos últimos seis meses?

1. ___ sim 2. ___ não

4.6. Você já teve?

1. ___ Pneumonia

2. ___ Candidíase oral

3. ___ Tuberculose

4. ___ Sarcoma de Kaposi

5. ___ não

6. ___ ignorado

SEÇÃO 5: Condição clínica do parceiro

5.1. Seu parceiro atual é infectado pelo vírus HIV?

1. ___ sim 2. ___ não 3. ___ não sabe

Se resposta sim na questão anterior, seguir até o final.

5.2. Ele faz tratamento com infectologista regularmente?

1. ___ sim 2. ___ não 3. ___ irregularmente

5.3. Ele faz uso de medicação anti-retroviral?

1. ___ sim 2. ___ não

5.4. Ele freqüenta ou freqüentou o leito-dia nos últimos seis meses?

1. ___ sim 2. ___ não 3. ___ não sabe

5.5. Ele foi internado por 7 dias ou mais por causa do HIV nos últimos seis meses?

1. ___ sim 2. ___ não 3. ___ não sabe

5.6. Ele já teve?

1. ___ Pneumonia

2. ___ Candidíase oral

3. ___ Tuberculose

4. ___ Sarcoma de Kaposi

5. ___ não

6. ___ ignorado

Comentários/observações:

9.2. Anexo 2 - Triagem

Pesquisa: Fatores associados às práticas reprodutivas de mulheres vivendo com HIV

Estamos realizando um estudo para compreender os fatores associados às opções reprodutivas das mulheres vivendo com HIV. Este questionário é para saber se você gostaria e poderia participar deste estudo.

1. Você aceitaria participar voluntariamente do estudo?

Sim Não

2. Você é portadora do vírus HIV?

Sim Não

3. A sua idade está entre 13 e 45 anos?

Sim Não

4. Você iniciou sua vida sexual?

Sim Não

5. Você é laqueada?

Sim Não

Passar p/ 6 Passar p/ 7

6. Você fez laqueadura após saber ser soropositiva para HIV?

Sim Não

Se sim a todas, pode ser admitida. Encerrar a entrevista. Se resposta não, continuar.

7. Você está grávida?

Sim Não

Passar p/ 8 Passar p/ 9

8. Você havia recebido o diagnóstico de HIV+, antes da atual gestação?

Sim Não

Se respondeu sim às duas anteriores e de 1 a 4, pode ser admitida. Se não continuar.

9. Seu parceiro pode ter filhos (não fez vasectomia)?

Sim Não

Se respondeu sim à 9 e de 1 a 4, pode ser admitida no estudo.

Data da entrevista: ____/____/____

9.3. Anexo 3 - Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Fatores associados às opções reprodutivas de mulheres vivendo com HIV

Data da entrevista: ____/____/____

Eu, _____

Idade _____, RG _____, HC _____, fui informada de que o estudo proposto acima será realizado nos Ambulatórios de Infecção Genital II e Pré Natal Especializado, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) com o objetivo de descrever os possíveis fatores que estariam associados às práticas reprodutivas das mulheres vivendo com HIV incluindo: engravidar após saber ser soropositiva, usar métodos anticoncepcionais reversíveis como, por exemplo: pílula, injeção e preservativos, ou optar pela laqueadura.

Fui informada de que será realizada uma única entrevista, com duração aproximada de 30 minutos, na qual serão feitas várias perguntas sobre alguns dados pessoais (idade, estado civil, escolaridade, cor, religião), minha vida sexual e reprodutiva, uso de métodos anticoncepcionais e também sobre o meu tratamento clínico e de meu parceiro.

Sei que o estudo poderá contribuir para maiores esclarecimentos e compreensão sobre as opções reprodutivas das mulheres brasileiras que vivem com HIV.

Sei também, que não tenho a obrigação de participar do estudo, e que se for esta a minha decisão, isso em nada afetará os meus tratamentos nesta Instituição.

Fui informada que as informações e respostas ficarão guardadas sem o meu nome na ficha, a qual será substituída por um número da pesquisa; e que qualquer dúvida e esclarecimento sobre o assunto poderei procurar a pesquisadora Andréa, no momento da entrevista, ou às sextas-feiras pela manhã no Ambulatório de Ginecologia, telefone 37887616; ou às segundas-feiras à tarde no Ambulatório de Pré-Natal Especializado, telefone 37889331. Aceito, desta forma a participar do estudo.

Aceito desta forma, a participar do estudo.

Paciente

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisador

Nome: _____

Assinatura: _____

9.4. Anexo 4 - Descrição das categorias de respostas definidas pela análise textual das questões abertas

Questão: De que forma o HIV interfere na vontade de ter filhos (da mulher)?

Categorizada em:

- Preocupação com os filhos em função do HIV
- Vivência de ter tido filho portador do HIV
- Risco de transmissão do HIV ao parceiro
- Outros fatores (econômico, o fato de estar satisfeita com o número de filhos, de ter tido problemas em gestações anteriores ou estar sem parceiro)

Questão: Como o parceiro manifesta vontade de ter filhos? Categorizada em:

- Tem vontade independente da condição sorológica
- Soropositividade inibe a vontade de ter filhos

Questão: Qual o motivo da abstinência sexual? Realizada apenas para as mulheres que estavam sem relação sexual há mais de seis meses, categorizada em:

- Motivos relacionados ao HIV
- Motivos relacionados ao relacionamento do casal

Questão: Por que na opinião da mulher, a orientação sobre uso de MAC e preservativo fornecida pelos profissionais da saúde mudou ou não sua maneira de pensar sobre o assunto? Para mulheres que responderam que houve mudança as categorias das respostas foram:

- Ter ficado mais consciente
- Mudança que se traduziu em prática
- Mudança para pior

Para aquelas que responderam que não houve mudança, as categorias foram:

- Já usava preservativo antes do diagnóstico ou já tinha conhecimento de tal orientação
- Não consegue fazer uso de preservativo
- Outros motivos como o fato de estar sem relação sexual ou sem parceiro

Questão: Qual a orientação recebida em relação à transmissão do vírus HIV da mãe para o filho? Realizada apenas para as mulheres que haviam respondido que tinham recebido alguma orientação a respeito do assunto. Categorizada em:

- Conhecimentos adequados (aquelas que referiram algum conhecimento, seja a respeito do risco de transmissão do vírus durante a gestação, no parto e na amamentação, indicação de uso dos anti-retrovirais, tipo de parto, condição sorológica do bebê nos primeiros meses de vida)
- Inadequados (quando a mulher mencionava algum conhecimento que já estava ultrapassado ou não era verdadeiro).

Questão: O que você pensa sobre estar grávida tendo a infecção pelo HIV?

Categorizada em:

- Preocupação em relação ao filho que vai nascer
- Expectativa positiva em relação ao tratamento
- Evita pensar sobre o assunto