

PLANEJAMENTO FAMILIAR DE MULHERES PORTADORAS DE HIV/AIDS

FAMILY PLANNING OF WOMEN WITH HIV/AIDS

PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES PORTADORAS DE VIH/SIDA

Danielle Rosa Evangelista¹
Escolástica Rejane Ferreira Moura²

RESUMO

Estudo transversal, de campo, realizado com 51 mulheres em acompanhamento ambulatorial para DST/HIV/aids de hospital de ensino de Fortaleza-CE. Objetivou-se com a pesquisa verificar a história reprodutiva de mulheres com HIV/AIDS, identificar motivos que determinam o desejo dessas mulheres em ter ou não ter filhos e verificar suas práticas contraceptivas. Os dados foram coletados por meio de entrevista, de julho a outubro de 2007. Das participantes 40 (78,4%) eram mães; 28 (70%) delas tiveram os filhos antes do diagnóstico de HIV/aids e 12 (30%) tiveram o diagnóstico no pré-natal. Medo de a criança nascer com HIV, morrer e deixar o filho órfão, preconceitos vivenciados e cuidados pré-natais adicionais foram motivos para 45 (88%) das mulheres não desejarem ter filho(s). A possibilidade de o filho nascer sadio, aumentar a prole, desejo de paternidade do companheiro e fé em Deus que protege a criança do HIV foram os motivos apresentados pelas 6 (12) que desejavam ter filho(s). Quanto às práticas contraceptivas, 29 (56,8%) usavam condom; 15 (29,4%) optaram pela abstinência sexual, 14 (27,4%) estavam laqueadas, 6 (11,7%) usavam anticoncepcional hormonal, alheias à interação medicamentosa com os antirretrovirais. O fato de o planejamento familiar de portadoras de HIV/aids passar pelo desejo em ter e não ter filhos parte do fato de os diagnósticos de HIV/aids serem tardios, ou seja, somente no pré-natal, a não adesão ao condom e uso de anticoncepcional hormonal, alheio a interação medicamentosa com antirretrovirais foram lacunas inaceitáveis verificadas na saúde sexual e reprodutiva do grupo estudado, que exige melhor qualidade da atenção nessa área do cuidado.

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Mulheres; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT

This is a transverse field research conducted in a teaching hospital in the city of Fortaleza-CE with 51 ambulatory patients with STD, living with HIV or AIDS. The research aimed to identify the reproductive history of women living with HIV/AIDS, to establish their reasons for having or not having children, and to determine their contraceptive practices. The data were collected from July to October 2007 through interviews. 40 (78.4%) participants were mothers; 28 (70%) had had their children before being diagnosed with HIV/AIDS, and 12 (30%) had been diagnosed in antenatal. The fear of having a baby with HIV, of dying and leaving the child orphaned, the prejudices experienced and the extra prenatal care required were the reasons given by 45 (88%) women for not wanting to have children. The possibility of having a healthy child, the desire to have more babies, their partners' wish to have children, and the belief that faith in God will protect the child against HIV were the reasons given by 6 (12%) women that wanted to have children. Regarding the contraceptive practices, 29 (56.8%) used condoms, 15 (29.4%) opted for sexual abstinence, 14 (27.4%) had had tubal ligation, 6 (11.7%) used hormonal contraception regardless of the drug's interaction with the antiretroviral. In conclusion, these women's family planning is associated with the wish of having or not having children and that is due a HIV/AIDS diagnosis that happened only during the antenatal care. The non-adherence to condoms and the use of hormonal contraception despite its interactions with the antiretroviral are an unacceptable aspect of the studied group suggesting that improvements are necessary in this healthcare area.

Key words: Family Planning; Women; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

RESUMEN

Estudio transversal de campo realizado con 51 mujeres en atención ambulatoria para ETS/VIH/Sida en hospital escuela de Fortaleza-CE. El objetivo fue analizar la historia reproductiva de mujeres con VIH/Sida; identificar razones que determinan su deseo de tener o no tener hijos y observar sus prácticas de anticoncepción. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas entre julio y octubre de 2007. Cuarenta (78.4%) participantes eran madres; 28 (70%) había tenido hijos antes del diagnóstico de VIH/Sida; y 12 (30%) habían recibido el diagnóstico en el prenatal. Las razones de 45 (88%) mujeres de no desear tener hijo(s) se debían al miedo de que el niño nacieran con VIH, morir y dejarlo huérfano, prejuicios sufridos además de cuidados especiales. La posibilidad de tener un hijo sano, el anhelo de tener más hijos, el deseo de paternidad de la pareja y la creencia de que la fe en Dios protege del VIH fueron los motivos que presentaron 6 (12%) mujeres para tener hijos. Refiriendo al práctica anticonceptiva 29 (56.8%) mujeres utilizaban preservativos; 15 (29.4%) habían optado por abstinencia sexual; 14 (27.4%) habían realizado ligadura tubaria; 6 (11.7%) utilizaban anticonceptivos hormonales ajenas a la interacción medicamentosa con los antirretrovirales. El hecho de que la planificación familiar de mujeres con VIH/Sida está vinculada al deseo de tener o no tener niños debido al diagnóstico tardío del VIH/Sida durante el prenatal, a la no adhesión al uso de preservativos y al uso de anticonceptivos hormonales sin preocupación por la interacción medicamentosa con antirretrovirales fueron consideradas fallas inaceptables en la salud sexual y reproductiva del grupo objeto de estudio, que exige atención de mejor calidad en esta área.

Palabras clave: Planificación familiar; Mujeres; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

¹ Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Avenida Lineu Machado, 1117, Bairro: Jóquei Clube. CEP: 60.520-100, Fortaleza-CE. E-mail: daniellere@bol.com.br. Telefone: (85) 3290 3771.

² Enfermeira. Profª. Drª. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Avenida Filomeno Gomes, 80. Aptº 401, bairro Jacarecanga. CEP: 60.010-280. Fortaleza-CE. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br. Telefone: (85) 3238 0604 FAX: (85) 3366 8456. Endereço para correspondência – Avenida Lineu Machado, 1117, bairro Jóquei Clube. Fortaleza-CE. CEP: 60.520-100,

INTRODUÇÃO

Quando o planejamento familiar recai sobre mulheres portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), atenção específica deve ser implementada, pois a soropositividade guarda particularidades importantes nessa área do cuidado. As mulheres que desejam conceber devem ter acesso à informação sobre a importância e como planejar a gestação para um momento clínico satisfatório, bem como sobre possíveis agravos que poderão ocorrer, incluindo a chance de transmissão vertical do HIV, particularmente quando medidas de prevenção não são cumpridas na pré-concepção, no pré-natal, no parto e no puerpério.

Quanto à prática contraceptiva, atenção deve estar voltada para a interação medicamentosa entre anovulatórios hormonais orais e certos antirretrovirais; contra-indicação ao método da Lactação com Amenorreia (LAM); necessidade de adesão ao uso de preservativos para a proteção de si e do parceiro, seja este soro concordante, seja soro discordante, independentemente do uso de outro método anticoncepcional (MAC); e o risco da transmissão vertical do HIV.

Nesse contexto, é crucial que as mulheres com HIV/aids que desejam conceber ou realizar a contracepção tenham acesso à informação para que possam fazer suas escolhas e o uso adequado dos MACs mais bem indicados para tal situação, bem como o planejamento adequado da gestação.

A feminilização da aids tem crescido em grandes proporções, sendo um fenômeno multicausal, que passa pela esfera do comportamento sociossexual da população, ainda marcado pelo poder masculino; pela dependência econômica, social e emocional de parte das mulheres com relação aos seus parceiros e pela vulnerabilidade biológica e/ou anatômica feminina. No Ceará, por exemplo, a razão entre indivíduos com HIV/aids passou de 11 casos em homens por uma mulher, para dois casos em homens por uma mulher, entre 1987 e 2006.¹ Ademais, a idade média de maior concentração de número de casos na população feminina é de 35 anos, o que corresponde à fase reprodutiva, tornando o planejamento familiar uma ação de saúde definida como prioritária na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).² No Ceará, de 1985 a maio de 2007, de 205 casos de aids em crianças, 167 ocorreram por transmissão vertical.¹ Certamente, a maioria desses casos poderia ter sido evitada se as medidas preconizadas para a prevenção da transmissão vertical, aliadas aos cuidados pré-concepcionais específicos para mulheres com HIV/aids, tivessem sido adotadas.

Conforme o Protocolo para Prevenção da Transmissão do HIV e sífilis, que tomou por base o Protocolo *Aids Clinical Trial Group* (ACTG 076), realizar o exame anti-HIV no pré-natal, uso de antirretrovirais na gestação, trabalho de parto e parto, tratamento da criança por 42 dias após o nascimento e a não amamentação reduzem a transmissão vertical do HIV de 25% para 1%-2%, desde

que iniciado o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com terapia antirretroviral tríplice: AZT injetável durante o trabalho de parto, parto cesáreo eletivo com gestantes com carga viral desconhecida ou elevada ou por orientação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição da lactação, introduzindo fórmula infantil até os seis meses.³

Opções de procriação para os casais infectados pelo HIV com menor risco de contaminação dos cônjuges e do conceito incluem o sexo habitual com determinadas restrições, a autoinseminação, técnicas de reprodução assistida, inseminação por doador ou adoção.⁴ Em relação à opção de procriação pelo sexo habitual, deve-se levar em conta se o casal é ou não sorodiscordante. Nesses casos, o uso de preservativo masculino ou feminino deve ser mantido pelo casal HIV positivo, tanto para protegê-lo do aumento da carga viral (se soro concordante) quanto para proteger um dos parceiros da contaminação (se soro discordante).

O risco de transmissão do HIV no coito heterossexual desprotegido varia entre 1/1.000 por contato (homem para mulher) a menos de 1/1.000 (mulher para homem). Esses valores são variáveis, dependendo do estado da doença, da carga viral e da presença ou não de outras doenças de transmissão sexual. Assim, para conceber, casais sorodiscordantes ou não deverão abster-se do uso do preservativo somente no período fértil feminino, o que deverá ser controlado pelos métodos baseados na percepção da fertilidade (temperatura basal, método de *Billings* ou muco cervical, método de *Ogino-Knauss* ou tabela e o método sintotérmico). Essa opção deve vir associada a uma avaliação criteriosa da carga viral e da contagem de linfócitos T CD4, que abaixo de 30 mil cópias/ml e acima de 500 céls/mm³, respectivamente, constituem parâmetros de baixo risco de transmissão do vírus para um dos parceiros, em coito desprotegido.

As mulheres infectadas pelo HIV e sem problemas de fertilidade podem, ainda, realizar a autoinseminação, ou seja, na altura da ovulação, o casal pode ter relações sexuais com preservativo sem espermicida e em seguida introduzir o esperma na vagina após a retirada do preservativo; ou o sêmen pode ser injetado na vagina com uma seringa após recolha por masturbação. Assim, a fecundação mantém-se na esfera privada do casal.⁴

Em face ao exposto, que constata a importância do planejamento familiar entre mulheres com HIV/aids, pelo risco de transmissão vertical do HIV quando a mulher e a criança não recebem o acompanhamento preconizado e dadas as particularidades da atenção à concepção e anticoncepção nesse grupo, decidimos pela realização desta pesquisa, com a intenção de responder às seguintes questões: Qual o histórico reprodutivo de mulheres portadoras de HIV/aids? Quais os sentimentos dessas mulheres com relação ao desejo de ter ou não ter filhos? Quais as práticas anticoncepcionais dessas mulheres? Para responder a tais questionamentos foram definidos os seguintes objetivos: verificar a história reprodutiva de mulheres portadoras de HIV/aids;

identificar motivos que determinam o desejo dessas mulheres em terem ou não filhos; e verificar suas práticas contraceptivas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, de campo. Os delineamentos transversais são apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em determinado momento.⁵ No estudo de campo, o pesquisador estabelece contato direto com os sujeitos ou fenômeno em estudo, ampliando as informações sobre o que se pesquisa.⁶ O contato direto da pesquisadora com as mulheres portadoras de HIV/aids permitiu-lhes melhor percepção das atitudes e expressões, o que foi positivo para a interação durante a entrevista, técnica escolhida para a coleta de dados, que seguiu um formulário preestabelecido e testado, contendo perguntas sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, sexuais, reprodutivos e da prática anticoncepcional.

Os dados foram coletados em ambulatório de HIV/aids de um hospital de ensino de Fortaleza-CE, que atende homens e mulheres com DST/HIV/aids às segundas e quartas-feiras à tarde. As atividades são desenvolvidas por equipe multiprofissional constituída por quatro médicos, uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga. Em cada tarde de acompanhamento, é atendida uma média de 15 usuários por médico, totalizando cerca de 120 usuários, semanalmente. Dentre os pacientes atendidos em cada turno, três eram mulheres soropositivas para o HIV, correspondendo à demanda média mensal de 12 mulheres com o referido diagnóstico.

Considerando o período definido para a coleta de dados (julho a outubro de 2007), participaram do estudo 51 mulheres em acompanhamento para HIV/aids, portanto, todas as que passaram pelo serviço e que atenderam ao critério de inclusão estar em idade fértil (10 a 49 anos) – intervalo adotado pela Secretaria da Saúde do Ceará.⁷

As entrevistas foram realizadas no ambulatório (em sala privativa) e nas respectivas tardes de atendimento já referidas, momento em que as mulheres aguardavam pela consulta médica. Primeiro, os prontuários das pacientes eram revisados e, uma vez presente o diagnóstico de HIV/aids, estas eram convidadas a participar.

Dados numéricos foram processados no Epi Info versão 3.3 e apresentados em tabelas, contendo frequência absoluta, frequência relativa, média (X) e desvio padrão (S). As falas foram agrupadas em duas categorias preestabelecidas de acordo com os motivos determinantes do desejo dessas mulheres em ter ou não ter filhos. As subcategorias foram estabelecidas de acordo com a Técnica de Análise Categórica do Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin.⁸

Na pré-análise, os dados foram organizados pelo uso da lógica, da intuição e das experiências e conhecimentos

das autoras, tendo por objetivo sistematizar as ideias iniciais por meio de repetidas leituras das falas das respondentes, identificando pontos de semelhanças e de divergências, o que permitiu agrupar os dados por sentimentos ou ações expressas. Na fase da exploração do material, realizaram-se as operações de codificação ou enumeração. Para facilitar a contagem dos eventos, os formulários das entrevistas foram numerados de 1 a 51. As falas foram codificadas pela letra M, seguida do número correspondente ao formulário (M1, M2, M3...). Realizou-se leitura geral do material com a intenção de reuni-lo em unidades de significados convergentes. Na interpretação, os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do próprio hospital, obtendo parecer favorável sob o Protocolo nº 075.06.02/2007, e seguiu as diretrizes e normas da Resolução nº 196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.⁹ As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após informadas sobre objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa.

RESULTADOS

Na TAB. 1 mostram-se as características demográficas e socioeconômicas da população estudada.

TABELA 1 – Distribuição do número de mulheres portadoras de HIV/aids segundo perfil demográfico e socioeconômico. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC – Fortaleza-CE – jul./out. 2007

Variáveis	Nº	%
Idade (em anos completos) ($X=35$) $S = 7,7$		
15 a 20	1	2
21 a 30	15	29,5
31 a 40	21	41
41 a 49	14	27,5
Condição de união		
Companheiro fixo	24	47,1
Sem companheiro	15	29,4
Companheiro eventual	12	23,5
Escolaridade (em anos de estudos)		
Sem instrução e menos de 1	4	7,8
1 a 3	1	2
4 a 7	20	39,2
8 a 10	13	25,5
11 ou mais	13	25,5
Renda familiar mensal (em salário mínimo vigente)		
Sem rendimento	5	9,8
½ a 2	36	70,7
3 a 5	10	19,5

Quanto à história reprodutiva, o número de filhos das 40 (78,4%) entrevistadas que haviam vivenciado a

maternidade variou de um a sete, com uma média de dois filhos e desvio-padrão de 1,5, sendo que 24 (47,0%) das mulheres tinham um ou dois filho(s), 14 (27,0%) tinham três ou quatro filhos, 2 (4,0%) tinham cinco ou sete filhos e 11 (22,0%) eram nulíparas.

Acrescente-se que, destas, 28 (70%) vivenciaram a maternidade antes do diagnóstico de HIV/aids e 12 (30%) tiveram o diagnóstico no pré-natal, ou seja, engravidaram desconhecendo a soropositividade para o HIV.

Motivos que determinam o desejo de mulheres portadoras de HIV/aids por ter ou não ter filhos

Sete (13,7%) das 51 (100%) mulheres entrevistadas manifestaram o desejo de ter filho(s), incluídas 3 (43%) que já eram mães (M4, M38 e M43). Os depoimentos que seguem ilustram os motivos que mobilizam essas mulheres para o referido desejo, os quais constituíram as seguintes subcategorias: ter informação sobre a possibilidade de o filho nascer sadio (M4, M15, M43, M47 e M50), exercer a maternidade (M38, M47), desejo de paternidade do companheiro (M47) e a fé em Deus de proteger a criança do vírus (M28).

Hoje eu sei, a doutora do posto que me falou, que eu posso ter filho sem ele nascer doente. (M4, 26 anos, 1 filho)

A doutora me disse que se eu fizer o tratamento direito, eu posso engravidar e o bebê não nascer doente, aí eu quero ter todos os cuidados para engravidar, pois eu quero ser mãe. (M15, 31anos, nulípara)

Eu tenho um pouco de medo, mas a doutora me falou que tomando o remédio direito não passa essa doença para o bebê. (M43, 24 anos, 1 filho)

Eu acho que toda mulher tem o desejo de ser mãe, comigo não é diferente. Além do mais o meu marido quer muito ser pai também. Ouvi falar que tem chance da criança não nascer com esse problema, tomando remédio na hora do parto, uma coisa assim. (M47, 28 anos, nulípara)

Eu quero ser mãe, hoje tem tratamento. Na hora que eu encontrar o homem certo eu quero ter um filho e eu quero ter um filho homem. (M50, 22 anos, nulípara)

Eu tenho medo, mas eu faço o pré-natal direito e não vai passar se Deus quiser [referindo-se à transmissão vertical]. Estou grávida do meu primeiro filho e eu quero ter dois. (M28, 29 anos, nulípara)

Eu tenho vontade [referindo-se a ter filho], pois só tenho um. (M38, 27 anos, 1 filho)

As outras participantes, 44 (86,3%) mulheres, não desejavam ter filhos pelos motivos que deram origem às seguintes subcategorias: 20 (45,5%) ressaltaram que tinham medo de morrer e deixar o filho órfão; 19 (43,3%) temiam que a criança nascesse com HIV; 2 (4,5%) por não quererem relacionamento com o sexo oposto; 2 (4,5%) se opunham porque imaginavam um pré-natal diferente,

tendo de tomar muitos remédios e não poderem amamentar o filho; e 1 (2,2%) por temer o preconceito e atitudes de rejeição por parte da família, amigos e da sociedade em geral. As falas a seguir foram os recortes dos depoimentos de participantes, considerados mais apropriados pelas autoras para ilustrar as referidas categorias:

Eu num quero ter filho não. Eu tenho muito medo de morrer e aí ele [o filho] vai ficar com quem? (M3, 32 anos, 1 filho)

Eu tenho essa doença [o HIV/aids]. Não posso ter filho porque ele pode nascer com essa doença também, aí vai ser muito sofrimento. Além do mais, se eu morrer, quem vai cuidar dele? (M12, 30 anos, sem filhos)

Me decepcionei muito com os homens, eu amava ele [referindo-se ao parceiro] e ele sabia que era doente e mesmo assim passou essa doença para mim. Deus me livre de homem na minha vida. (M7, 49 anos, 4 filhos)

Olha, sinceramente, eu não quero ter outros filhos, não; o pré-natal é todo diferente, a gente tem que ficar tomando remédio, a gente não pode amamentar o próprio filho. Eu sofri muito e eu não quero passar por isso nunca mais. (M26, 21 anos, 1 filho).

Ter filho com esse problema [HIV/aids] não dá certo, não quero mesmo. Basta eu para sofrer preconceito e ser rejeitada pela própria família, os amigos e todo mundo; você sabe que é assim. (M8, 44 anos, 3 filhos)

Prática contraceptiva de mulheres portadoras de HIV/aids

A TAB. 2 apresenta a distribuição da população estudada de acordo com a prática contraceptiva.

TABELA 2 – Distribuição das mulheres HIV positivo de acordo com a prática contraceptiva. Ambulatório de DST/HIV/aids – HUWC – Fortaleza-CE – jul./out. 2007

Métodos anticoncepcionais em uso durante o estudo (N=51)	Nº	%
Condom	19	37,3
Abstinência sexual	12	23,5
Laqueadura tubária e condom	8	15,7
Laqueadura tubária e abstinência sexual	3	5,9
Laqueadura tubária	3	5,9
Anticoncepcionais orais combinados de baixa dose (AOC)	3	5,9
Anticoncepcionais orais combinados de baixa dose (AOC) e condom	2	3,9
Anticoncepcionais injetáveis combinados (AIC)	1	1,9

Observa-se que o uso do condom como MAC único ou associado vinha sendo usado por 29 (56,8%) das mulheres estudadas, ou seja, pouco mais da metade do grupo investigado. Outro aspecto a destacar é o de que 15 (29,4%) mulheres adotaram a abstinência sexual, rompendo com laços afetivos e com o exercício de sua sexualidade no que diz respeito ao relacionamento sexual; 6 (11,7%) faziam uso de método hormonal; e 14 (27,4%) estavam laqueadas, sendo que, dessas, 8 usavam o preservativo e 3 faziam abstinência sexual.

DISCUSSÃO

A idade das mulheres pesquisadas variou de 15 a 49 anos, com uma média de 35 anos e desvio-padrão de 7,7 anos, ou seja, uma faixa etária que permeia as diferentes fases reprodutivas, como adolescência, juventude e adultez, incluindo os extremos da idade reprodutiva. No Brasil, o HIV/aids vem atingindo cada vez mais mulheres, notadamente na faixa etária média de 35 anos,² assertiva que corrobora a média de idade encontrada nesse estudo.

A condição de união se apresentou com relacionamentos do tipo fixo, eventual e mulheres que se encontravam sozinhas, sem qualquer relacionamento, porém com predomínio de uniões fixas (47,1%) e estáveis (29,4%). O percentual de mulheres vivendo sem relacionamento também se mostrou relativamente elevado (23,5%). Chamou atenção que nenhuma mulher tenha revelado relacionamento eventual. Nesse sentido, um aspecto a discutir é o da monogamia como fator de proteção diante do mito da relação estável *versus* confiança conjugal, uma vez que a percepção de vulnerabilidade ao HIV/aids desses casais diminui e até desaparece. Foi verificado que mulheres casadas entendem o HIV/aids como problema de mulheres da vida ou que têm muitos parceiros, sendo difícil que as atinja mesmo na desconfiança de que o parceiro seja poligâmico.¹⁰

A escolaridade variou entre não ter qualquer escolaridade a ter 11 anos ou mais de estudos, porém com igual porcentagem de mulheres sem escolaridade até 7 anos de estudos (50,0%) e com escolaridade de 8 a 11 anos ou mais de estudos (50,0%). Esse resultado contraria a informação de que é maior a notificação de casos de HIV/aids entre pessoas com até sete anos de escolaridade,² o que pode ser atribuído ao fato de o hospital pesquisado ser referência para casos de HIV/aids, migrando para esta ampla diversidade de pessoas soropositivas, onde encontram melhores respostas para a condição de saúde-doença, mesmo aqueles de escolaridade e renda mais favorecidas. Assim, a renda familiar média também foi heterogênea, variando entre não ter renda até cinco salários mínimos, sendo maior o percentual de mulheres vivendo com meio a dois salários mínimos (70,7%).

Dentre as 40 (78,4%) mulheres que eram mães, 12 (30%) tiveram o diagnóstico de HIV/aids no pré-natal, demonstrando que mulheres com esse quadro estão a engravidar sem adotar, integralmente, as medidas que

reduzem as chances de transmissão vertical, uma vez que parte das referidas medidas deve ser oferecida ainda no período pré-concepcional. Quanto mais precoce é dado o diagnóstico de HIV/AIDS, maiores são os benefícios para a mãe e o conceito, reduzindo a transmissão vertical e o déficit no desenvolvimento psicomotor e neurocognitivo no recém-nascido dada a ação do HIV sobre o sistema nervoso central.¹¹ Essa realidade pode ser decorrente, em parte, de controvérsias existentes na atenção à saúde reprodutiva de mulheres soropositivas para o HIV, passando por condutas individuais e de fórum íntimo dos provedores de serviços tecnicamente despreparados.¹²

Sete (13,7%) mulheres do estudo manifestaram o desejo de engravidar, destacando como principal motivo ter informações sobre as chances de redução da transmissão vertical do HIV. Portanto, cabe à equipe de saúde, em particular o enfermeiro, estar preparada para promover o aconselhamento adequado voltado para a concepção desse público-alvo, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos de livre escolha dessas mulheres, as recomendações do protocolo de redução da transmissão do HIV, bem como os cuidados específicos para as mulheres e/ou casais que decidem pela concepção, citados na introdução do estudo.^{3,4}

Todas as informações que apoiam as mulheres portadoras de HIV/aids a conceberem com baixas chances de transmissão vertical deverão ser fornecidas a esse público-alvo, no sentido de promover escolhas conscientes no que diz respeito à maternidade e à prevenção do HIV. A propósito, destaque-se o rol de mulheres deste estudo que manifestou o desejo de conceber, tendo por motivação a informação e a tomada de consciência a respeito das medidas de redução da transmissão vertical do HIV.

Também foram motivos para desejar a concepção: aumentar a prole, atender ao desejo do parceiro de ser pai e a fé de que Deus pode proteger a criança do HIV, ou seja, uma diversidade de sentimentos que influencia a escolha reprodutiva de mulheres portadoras de HIV/aids, o que suscita a necessidade de equipes de saúde preparadas para atender às demandas por concepção advindas desse grupo. Em um estudo, foram identificados resultados semelhantes, ao apontar, como fator determinante para mulheres HIV positivo desejar conceber, o fato de não ter o número de filhos desejado e que 43% dos homens heterossexuais, soropositivos desejavam ter filhos.¹³ A fé é de elevada importância no processo de enfrentamento do HIV/aids por mulheres, as quais costumam fazer referência a questões relativas à fé quando entrevistadas durante pesquisas.¹⁴

Neste estudo, das 44 (86,3%) mulheres que não desejavam conceber, 20 (45,5%) apresentaram como motivo o medo de ir a óbito e deixar a criança órfã. Nesse sentido, analisa-se que, sendo a aids uma pandemia que continua se alastrando por todo o mundo e que tem como característica marcante a ausência da cura, não é raro que as pessoas, ao se descobrirem com o HIV, temam a morte. Esses sentimentos se exacerbam entre mulheres

soropositivas no puerpério. Em estudo realizado em Belo Horizonte, foram identificados sentimentos conflituosos de ansiedade e culpa, apesar das informações sobre as possibilidades de não infecção do bebê com o tratamento com antirretrovirais. Desconfiança, medo ou vontade de morrer, desejo de que a situação não seja real, medo de discriminação e preocupação sobre os cuidados do(s) filho(s), caso venham a falecer, foram os preponderantes.¹⁵

Outro fator que justificou o não desejo de conceber foi o medo das mulheres do risco da transmissão vertical, relatado por 19 (43,3%) das entrevistadas. Encontrou-se como principal razão para mulheres soropositivas não desejarem ter filhos o medo de a criança nascer com o vírus.¹⁶ Sobre esse fato é sabido e já foi comentado que a utilização de um conjunto de medidas pode reduzir para 1%-2% o risco de transmissão vertical do HIV.³ Assim, as mulheres precisam estar informadas sobre o assunto, o que interfere diretamente na sua escolha reprodutiva.

Destacou-se, ainda, a negação de relacionamento com o sexo oposto relatada por parte das mulheres como motivo para o não desejo de ter filho(s), atitude decorrente da revolta e/ou decepção para com o parceiro, fonte de sua contaminação. Esse comportamento que leva à abstinência sexual é elevado entre mulheres soropositivas para o HIV/aids em outras regiões dentro e fora do País, decisão exatamente fortalecida pela decepção e revolta das mulheres em ter no parceiro a fonte de infecção.¹⁷

O temor de um pré-natal com maior necessidade de cuidados e de remédios foi também motivo para o não desejo de conceber, bem como a impossibilidade de amamentar o filho. Essas medidas, realmente, são necessárias para a redução do risco de transmissão vertical do HIV, e, uma vez disponibilizadas às mulheres com padrão adequado de acesso e qualidade, vai amenizar esse temor.³

Também foi encontrado como motivo para o não desejo de conceber o medo de sofrer preconceitos, rejeição. A esse respeito, em estudo sobre enfrentamento da aids entre mulheres infectadas, afirma-se que elas se sentem frágeis diante do diagnóstico e relembra que a descoberta da doença foi recebida com medo da morte, vergonha, abandono, solidão, tristeza e ansiedade. A revelação do diagnóstico é uma barreira na vida de todas as mulheres, situação relacionada ao medo de vivenciar o preconceito e a discriminação.¹⁸

Quanto à prática contraceptiva das mulheres pesquisadas, 29 (56,8%) usavam preservativo masculino, percentual baixo, em face da necessidade de uso por 100% das pessoas vivendo com HIV/aids, porém acima da média nacional da população geral de mulheres em idade fértil (12,9%).¹⁹ Muitas vezes, o uso regular de preservativo varia conforme a parceria, eventual ou fixa, ficando esta última comprometida pela maior confiança entre o casal. Segundo inquérito de âmbito nacional realizado nas diferentes regiões do País, com 6 mil indivíduos de 15 a 54 anos de idade, na faixa etária entre 25 e 39 anos, a

percentagem de uso de preservativo variou de 48,7% com parceiro eventual a 21,9% com parceiro fixo.²⁰ Percentual significativo, ou seja, 15 (29,4%) das mulheres entrevistadas optaram pela abstinência sexual.

Pessoas HIV positivas elegem, deliberadamente, a abstinência sexual, segundo nova pesquisa nos Estados Unidos. Autores afirmam que não há como quantificar o número de pessoas HIV positivo sexualmente inativas, porém infere-se que o número é elevado.¹⁷ Essa informação é útil para os que desenvolvem estratégias de educação e prevenção do HIV, no sentido de promoverem espaços para o diálogo e a troca de experiências e informações sobre a temática. Nos Estados Unidos, pesquisa enfoca a necessidade de profissionais da saúde oferecerem assessoria adequada às mulheres HIV positivo no campo da contracepção, pois, ouvindo 118 mulheres HIV positivo em idade fértil, 47% haviam sido laqueadas, porém, destas, 12% manifestaram o desejo de ter filhos após a laqueadura tubária.²¹

Quando o anticoncepcional hormonal combinado oral de baixa dose é utilizado por mulheres HIV positivo em tratamento com antirretrovirais (Efavirez, Nevirapina, Nelfinavir e Ritonavir), poderá ocorrer interação medicamentosa, reduzindo os níveis séricos do etinilestradiol e, portanto, a eficácia contraceptiva.²² As 6 (11,7%) mulheres em uso de métodos hormonais utilizavam-nos juntamente com a medicação antirretroviral, porém duas o usavam associado ao preservativo, o que colabora para reforçar a contracepção em meio as chances de redução sérica do etinilestradiol, e outra fazia uso parenteral, o que também concorre para menores alterações nos níveis de estrógeno. Receber essas informações constitui direito desse público-alvo.

Ressalte-se que nenhuma mulher referiu uso de dispositivo intrauterino (DIU) ou preservativo feminino, métodos efetivos para a maioria das mulheres portadoras de HIV/aids, além de não interferirem com a terapia antirretroviral. Em estudo randomizado realizado na Zâmbia com o objetivo de determinar a eficácia e a segurança do DIU entre mulheres infectadas com HIV, foram recrutadas 599 mulheres no pós-parto para receber o DIU de cobre ou de contracepção hormonal, acompanhando-as por pelo menos dois anos, e concluiu-se que o DIU é eficaz e seguro em mulheres infectadas pelo HIV.²³

Recomenda-se que estudos futuros sejam realizados na perspectiva de ampliar as evidências quanto aos cuidados pré-concepcionais que devem ser realizados com as mulheres portadoras de HIV/aids, bem como sobre as especificidades da anticoncepção desse público-alvo.

CONCLUSÃO

As mulheres com HIV/aids participantes deste estudo apresentaram demandas por atenção em planejamento familiar, tanto em concepção quanto em anticoncepção,

ressaltando-se que das 40 (78,4%) mulheres que já tinham filhos 12 (30%) tiveram os partos como portadoras de HIV, sendo que o diagnóstico de todas elas foi dado no pré-natal, portanto um diagnóstico tardio que impede o acesso aos cuidados pré-concepcionais, tão relevantes para a prevenção da transmissão vertical.

Mais mulheres, ou seja, 86,3%, manifestaram o desejo de ter filho(s) e 70,6% das participantes mantinham-se sexualmente ativas, porém somente 29 (56,8%) usavam preservativo masculino de forma isolada ou combinada a outro método. Assim, parte das mulheres encontrava-se exposta a sobrecarga viral e/ou à contaminação do parceiro. Em ordem decrescente, os demais métodos

anticoncepcionais usados pelo grupo eram: abstinência sexual (29,4%), laqueadura (27,5%), anticoncepcional combinado oral de baixa dose (9,8%) sob risco de interação com os antirretrovirais e injetável combinado (1,9%).

Conclui-se que a atenção ao planejamento familiar dessas mulheres com HIV/aids necessita ter suas especificidades reconhecidas e monitoradas com mais rigor e abrangência pelos profissionais de saúde, uma vez que parte está exposta tanto à gestação sem receber as medidas de prevenção contra transmissão vertical do HIV na pré-concepção quanto à prática contraceptiva inadequada.

REFERÊNCIAS

1. Ceará. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Informe epidemiológico: AIDS. Fortaleza: Secretaria de Saúde; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico AIDS/DST - Ano V, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Sonnenberg-Schwan U, Gilling-Smith C, Weigel M. HIV e desejo de paternidade. *HIV Medicine*, 2006. [Citado 2007 abr. 16]. Disponível em: <http://hivmedicine.aidsportugal.com/30_Parenthood.php>.
5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Matos KSL, Vieira SL. Pesquisa educacional: o prazer de conhecer. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2001.
7. Ceará. Secretaria de Saúde. Saúde Reprodutiva e Sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: Secretaria de Saúde; 2002.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
9. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. (Res. CNS nº 196/96 e outras). 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto a vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):401-6.
11. Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AKF, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psic Teor Pesq*. 2005; 21: 279-88.
12. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (4):12-23.
13. Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segrado A. Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV. *Psicol USP*. 2002; 13 (2):105-33.
14. Braga ICC. Mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV: contribuições para a prática de Enfermagem [mestrado] Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO; 2009.
15. Freitas MIF, Moreira OG. A experiência de mães soropositivas para HIV no período de espera de confirmação do diagnóstico do filho. *REME - Rev Min Enferm*. 2007; 11(2):126-31.
16. Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K, Pegoraro M, Fachini R. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da aids. *Interface Comunic Saude Educ*. 2002; 6(11):39-54.
17. Bogart LM, Collins RL, Kanouse DE, Cunningham W, Beckman R, Golinelli D, Bird CE. Patterns and correlates of deliberate abstinence among men and women with HIV/aids. *Am J Public Health* [on line] 2006; 96 (6): 1078-84 [Citado 2006 mai. 14]. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/full/96/6/1078?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&andexactfulltext=and&searchid=1&IRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=96&firstpage=1078&resource=HWCIT>>.
18. Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da aids entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. *Rev Esc Enferm. USP* 2008; 42 (1): 90-7.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS, 2006. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
20. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Pascom AR, Souza Júnior PR. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. [Citado 2009 dez. 22]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/main.asp?View=%7B98C9AB2B-AE2C-455E-AC0A-531AA38F6938%7D&Team=¶ms=itemID=%7BA3D99429-4FD4-4CF7-B8AB-BF4FA99BC630%7D%3B&UIPartUID=%7BD90F22DB-05D4-4644-A8F2-FAD4803C8898%7D>>.

21. Stanwood NL, Cohn SE, Heiser JR, Pugliese M. Examinan el deseo de tener hijos y el arrepentimiento de esterilizarse entre mujeres VIH-positivas. *Contraception* [on line] 2007; 75(4): 294-8. [Citado 2007 mar. 22]. Disponível em: <[http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(07\)00032-7/abstract](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(07)00032-7/abstract)>.

22. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Critérios Médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. 3ª ed. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2004.

23. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, *et al.* A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 August; 197(2): 144.e1–144.e8.

Data de submissão: 8/2/2010

Data de aprovação: 16/6/2011