

Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade

Aspectos sexuales y perspectivas reproductivas de mujeres con HIV/sida, cambios con la seropositividad

Sexual aspects and reproductive perspectives of women with HIV/aids. Changes with seropositivity

Escolástica Rejane Ferreira Moura,^I Danielle Moreira de Castro Lima,^I Raimunda Magalhães da Silva^{II}

^I Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE. Brasil.

^{II} Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-CE. Brasil.

RESUMO

Estudo de campo, realizado em ambulatório de DST/HIV/aids de hospital de doenças infecciosas de Fortaleza-CE, Brasil. Objetivou-se conhecer aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids e verificar o que mudou com a soropositividade. Os dados foram coletados com 64 mulheres, por meio de entrevista e observação, de janeiro a março de 2008. Das mulheres, 47 (73,4 %) se relacionavam com parceiro fixo; 32 (68,0 %) afirmaram usar o preservativo "sempre", porém apenas 11 (17,2 %) demonstraram a colocação correta. Desejo pela maternidade foi referido por 45 (70,3 %) das participantes. A partir da soropositividade, 12 (28,5 %) mulheres tiveram redução e/ou ausência da libido e restrições nas modalidades das práticas sexuais, 10 (23,8 %) tornaram-se comedidas em relação a novos parceiros, 9 (21,4 %) apresentaram medo da reação das pessoas ao diagnóstico, 5 (11,9 %) passaram a usar preservativo e 4 (9,51 %) apresentaram medo de engravidar.

Palavras chave: Soropositividade para HIV; Saúde sexual e reprodutiva; Saúde da mulher.

ABSTRACT

This field study was carried out in the STD/HIV/AIDS outpatient department of infectious diseases hospital in Fortaleza-CE, Brazil. It was aimed to know sexual aspects and reproductive perspectives of women with HIV/aids and to verify the changes occurred with seropositivity. The data were collected from 64 women, through interview and observation, from January to March 2008. From these women, 47 (73.4 %) had a fixed partner; 32 (68.0 %) stated they had always used 'condom'; however only 11 (17.2 %) demonstrated the correct placing. Desire for maternity was referred by 45 (70.3 %) participants. After finding the seropositivity, 12 (28.5 %) women had reduction and/or absence of libido and restrictions in the forms of sexual practices, 10 (23.8 %) became refrained from having new sexual partners, 9 (21.4 %) feared people's reaction to the diagnosis, 5 (11.9 %) started to use condom and 4 (9.51 %) developed fear of getting pregnant.

Key words: HIV Seropositivity; Sexual and Reproductive Health; female health.

RESUMEN

Estudio de campo, realizado por el departamento de ETS/VIH/Sida de hospital de enfermedades infecciosas de Fortaleza-CE, Brasil. Tuvo como objetivos conocer aspectos sexuales y perspectivas reproductivas de mujeres con VIH/Sida y verificar qué cambió con la seropositividad. Los datos fueron recogidos en 64 mujeres mediante entrevista y observación, de enero a marzo de 2008. De las mujeres, 47 (73,4 %) estaban relacionadas con pareja estable; 32 (68,0 %) afirmaron utilizar el condon "siempre", sin embargo solamente 11 (17,2 %) demostraron la colocación correcta. El deseo para la maternidad fue referido por 45 (70,3 %) de las participantes. Después de la seropositividad, 12 (28,5 %) de las mujeres ha disminuido o presentado ausencia de libido y restricciones en las formas de prácticas sexuales; 10 (23,8 %) se refrenó en lo referente a las nuevas parejas, 9 (21,4 %) temió la reacción de la gente al diagnóstico, 5 (11,9 %) comenzó a utilizar condones y 4 (9,51 %) tenían miedo al embarazo.

Palabras clave: Seropositividad para VIH; Salud sexual y reproductiva; Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

O número de pessoas vivendo com HIV continuou a crescer, mundialmente, em 2008, chegando a estimados 33,4 milhões [31,1-35,8 milhões]. O número total de pessoas vivendo com o vírus, em 2008, foi 20 % maior que no ano 2000.¹ Na América Latina a epidemia permanece estável, com 100 mil novas infecções e 58 mil óbitos estimados para 2007. Atualmente, estima-se que 1,6 milhões de pessoas vivam com HIV/aids nessa região.²

O Brasil tem uma taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6 % na população de 15 a 49 anos. De 1980 a junho de 2007 foram notificados 474.273 casos de HIV/aids, sendo 289.074 no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757

no Centro Oeste e 16.103 no Norte. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência do HIV/aids tende à estabilização. No Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento, reflexo do diagnóstico tardio e das desigualdades regionais do Sistema Único de Saúde (SUS)². Na região do estudo (Estado do Ceará), do início da epidemia (1983) até março de 2008, foram notificados 7.854 casos de HIV/aids. De 2000 a 2005 foram registrados, em média, 627 novos casos por ano e, em 2006, 544 novos casos, com taxa de incidência de 6,6 por 100 mil habitantes. Atualmente, na capital do Estado do Ceará - Fortaleza, 5.022 pessoas convivem com esse agravo.³

A razão da prevalência do HIV/aids entre homem e mulher passou de 11:1 para 2,2:1 de 1987 para 2006, no país, confirmando a feminilização da doença, fenômeno que traz como consequência o aumento do número de casos por Transmissão Vertical (TV) do HIV⁴ e chama a atenção para a importância da promoção da saúde sexual e reprodutiva desse público-alvo. A incidência do HIV/aids na população feminina do Ceará aumentou de 9,3 %, em 1996, para 14,2 %, em 2005, salientando que nas mulheres com mais de 30 anos houve aumento em todas as faixas etárias, desde 1990.⁵ Em 1997, 41 % dos adultos infectados pelo HIV eram mulheres e, em 2003, alcançou a marca dos 50 %.⁶ O aumento do HIV/aids entre mulheres está associado ao fato de, por muito tempo, a infecção ter sido relacionada a grupos de risco, o que contribuiu para que as mulheres se isentassem do risco de contaminação. A morosidade em reconhecer a população feminina como sendo vulnerável a epidemia do HIV/aids, denuncia desigualdade social entre os gêneros, fazendo com que a partir da década de 90 houvesse uma rápida e silenciosa disseminação do HIV entre as mulheres.⁷

A soropositividade para o HIV expõe a mulher ao preconceito social e ao estigma de ser portadora de uma doença incurável. De ser humano, passa a condição de ser "aidética". Estudo realizado em Florianópolis-SC com 19 trabalhadoras de enfermagem que lidam com mulheres soropositivas no puerpério constatou representações relativas ao papel materno das mulheres HIV positivo, como sendo absolutamente incompatíveis com a condição de ser mãe, impregnadas de preconceito, estigma social e vulnerabilidade simbólica.⁸ Além do preconceito social, a mulher também sofre o autopreconceito e a autopunição que a priva do direito de ter uma vida sexual ativa saudável, e de ser mãe da forma mais segura.

Parte das mulheres não tem acesso a informações sobre sexualidade e saúde reprodutiva, limitando o controle sobre seu próprio corpo e sobre a tomada de decisão a respeito de desempenhar sua sexualidade de maneira segura, apesar do HIV. Em geral, sentem-se inibidas e impotentes para negociar o uso de preservativo com o(s) companheiro(s), temerosas de gerar suspeita de infidelidade; e recusar o relacionamento sexual se o parceiro se nega a usar o preservativo é ainda mais difícil.⁹

A soropositividade para o HIV não impede a mulher de ter filhos, mas por falta de informação e de uma assistência adequada, estas deixam de tê-los ou os têm em condições de risco reprodutivo e de TV, elevadas. 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 antiretrovirais na gestação, trabalho de parto e parto, tratamento da criança por 42 dias após o nascimento e a não amamentação, reduz a transmissão vertical do HIV de 25 % para 1-2 %, desde que iniciado o uso de antiretrovirais a partir da 14^a. semana de gestação, com terapia antiretroviral triplíce: 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. Uma redução de 51,5 % na taxa de

TV, entre 1996 e 2005, comprova as chances dessa redução.¹⁰ Todavia, o problema está em essas mulheres terem reduzido acesso a serviço de planejamento familiar de qualidade e a atenção ao pré-natal, parto e puerpério serem pouco efetivos na detecção e controle do HIV.

Em face à feminilização do HIV/aids e as dificuldades que mulheres com HIV enfrentam com relação a exercer sua sexualidade e maternidade, decidiu-se pela realização do presente estudo com a finalidade de elucidar as questões: Quais as características sexuais e reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/aids? O que mudou na vida sexual e nas perspectivas reprodutivas dessas mulheres a partir da soropositividade? Nesse contexto, objetivou-se: conhecer aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids; e verificar o que mudou a partir da soropositividade.

MÉTODOS

Tratou-se de pesquisa de campo, uma vez que o pesquisador assumiu o papel de observador e explorador, estabelecendo contato direto com o fenômeno em estudo e o acúmulo de informações sobre o que se pesquisou.¹¹ Realizou-se no Ambulatório de HIV/aids do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) de Fortaleza-CE.

A população da pesquisa correspondeu às mulheres que freqüentaram o local do estudo no período designado para a coleta de dados (janeiro a março de 2008). A amostra foi composta por 64 mulheres com HIV/aids em idade reprodutiva (10-49 anos), excluindo as menores de 18 anos.

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, na ocasião em que as pacientes aguardavam atendimento ambulatorial, conforme dias e horário da rotina hospitalar. Cada entrevista teve duração média de 30 minutos e os dados foram registrados concomitantes pela entrevistadora, no próprio formulário. Dados sobre "uso correto do preservativo" foram coletados pela observação direta da colocação do artefato em um modelo peniano. Colocação correta foi avaliada com base nos parâmetros: abertura correta do invólucro do preservativo (seguiu o local sinalizado para abertura); retirada do ar da ponta do preservativo antes da colocação; e retirada do preservativo pressionando-o contra o modelo peniano. Encerrada a coleta dos dados, a pesquisadora ofereceu informações e esclareceu as dúvidas das participantes, com o propósito de evitar o caráter utilitarista na pesquisa.

Os dados foram digitados no *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 11.5 *for Windows* e apresentados em tabelas. Foi realizada análise univariada, com base em medidas estatísticas de tendência central e de variabilidade. As falas foram organizadas em categorias, que resultaram de idéias convergentes e repetidas. Estas foram quantificadas e parte foi apresentada como forma de aprofundar a compreensão do objeto de estudo, acompanhada pela idade e tempo de diagnóstico do HIV das participantes.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do HSJ, que obteve parecer favorável conforme protocolo nº. 30/2007. Foram seguidas as normas e diretrizes da Resolução nº. 196/96 do Ministério da Saúde (MS) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.¹² Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após informada sobre objetivos e procedimentos da pesquisa.

RESULTADOS

Sobre o que mudou na vida sexual e nas perspectivas reprodutivas das mulheres a partir da soropositividade, 12 (28,5 %) tiveram redução e/ou ausência da libido e restrições das modalidades de práticas sexuais; 10 (23,8 %) tornaram-se comedidas em relação a novos parceiros; 9 (21,4 %) desenvolveram medo para com a reação das pessoas ao seu diagnóstico (preconceito e rejeição); 5 (11,9 %) passaram a usar preservativo; 4 (9,5 %) desenvolveram medo de engravidar; e 3 (7,1 %) apresentaram mudanças psicológicas outras (tabela 1).

Tabela 1. Perfil demográfico e socioeconômico de mulheres com HIV/aids

Variáveis (n=64)	Nº.	%
Idade (em anos) X = 33,3 S = 6,3		
20-35	41	64,1
36-49	23	35,9
Escolaridade		
Analfabetas	3	4,7
Sabe ler e escrever	26	40,6
Ensino fundamental	19	29,7
Ensino médio	16	25,0
Renda familiar (em salário mínimo vigente)		
Menos de ½	9	14,1
De ½ a 1	26	40,6
Mais de 1..a 2	17	26,6
Mais de 2..a 3	6	9,4
Mais de 3	4	6,3
Não souberam informar	2	3,1
Número de pessoas por família X = 4,0 S = 6,3		
1-3	3	4,7
4..a 6	35	54,7
7..a 10	25	39,1
Não respondeu	1	1,6
Ocupação		
Atividades do lar	44	68,8
Autônoma (manicure, costureira, artesã)	15	23,4
Presta serviços a uma instituição	3	4,7
Estudante	2	3,1

Redução e/ou ausência da libido foi mudança referida por E48, 38 anos, diagnóstico para o HIV há 10 anos: "Não tenho mais vontade de transar com ninguém". E52, 38 anos, diagnóstico para o HIV há oito anos complementa: "Não tenho vontade de ter relação sexual e me sinto mal, [...] sou um fracasso na cama" e E6, 25 anos, diagnóstico para o HIV há cinco anos afirma: "[...] me sinto mais fria". Já E41, 35 anos, diagnóstico para o HIV há 15 anos confirma a redução do desejo sexual, atribuindo-o ao uso dos antiretrovirais: "Com a medicação diminuiu a minha vontade". A vivência sexual das mulheres estudadas também tem as modalidades das práticas sexuais afetadas, conforme narrações de E7, E10, E24 e E34:

"Deixei de fazer algumas coisas na relação sexual [referindo-se a modalidades de práticas sexuais] por causa disso [referindo-se ao diagnóstico de HIV]" (E7, 26 anos, diagnóstico para o HIV há oito anos).

"Mudei em todos os aspectos, não sou mais a mesma pessoa, fiquei mais conservada [referindo-se a ser mais comedida em relação a novos parceiros]. Tenho receio, medo de prejudicar alguém [referindo-se ao risco de contaminá-la]" (E10, 27 anos, diagnóstico para o HIV há um ano).

"Sou mais presa, não posso fazer tudo no sexo" (E24, 31 anos, diagnóstico para o HIV há quatro anos).

"Tenho medo de transmitir o vírus para as pessoas com quem me relaciono" (E34, 34 anos, diagnóstico para o HIV há sete anos).

O medo com relação ao preconceito e a rejeição que algumas pessoas pudessem apresentar ao saberem do seu diagnóstico foi afirmado por E39, 34 anos, diagnóstico para o HIV há 10 anos: "Não posso mais sair com alguém, tenho medo que as pessoas descubram e fiquem comentando". Para ser aceita, E49, 38 anos, diagnóstico para o HIV há quatro anos, acredita que seu parceiro também deve ter o vírus, explicitando isso na seguinte fala: "Pretendo encontrar uma pessoa e acho que essa pessoa, também, tem que ter o vírus". E51, 38 anos, diagnóstico para o HIV há cinco anos complementa a fala dessas mulheres com relação ao medo do preconceito: "Tenho medo de encostar em alguém, de alguém me criticar". E57, 40 anos, diagnóstico para o HIV há sete anos afirma: "Fiquei com medo de me relacionar por causa do preconceito" (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do número de mulheres com HIV/aids segundo aspectos relacionados à vivência sexual e a prática anticoncepcional

Variáveis	Nº.	%
Mulheres HIV positivo com parceiro sexual (n=64)		
Sim	47	73,4
Fixo	45	95,7
Eventual	2	4,3
Não	17	26,6
Mulheres HIV positivo em uso de preservativo (n=47)		
Sempre	32	68,0
Às vezes	9	19,1
Nunca	6	12,8
Mulheres HIV positivo que demonstraram uso correto do preservativo (n = 64)	11	17,2
Sim	53	82,8
Não		
Fonte de contaminação das mulheres pelo HIV (n = 64)		
Parceiro fixo	42	65,6
Parceiro eventual	21	32,8
Não soube informar	1	1,6
Método anticoncepcional (MAC) utilizado pelas mulheres entrevistadas (n=39)	33	51,6
Preservativo masculino	2	3,1
Preservativo feminino	2	3,1
Preservativo masculino ou feminino	1	1,6
Anticoncepcional Combinado Oral (ACO)	1	1,6
ACO e preservativo masculino		

Quanto à mudança "usar preservativo" E5, 24 anos, diagnóstico para o HIV há 10 anos, afirmou: "[...] Agora tenho que usar preservativo". E19, 29 anos, diagnóstico para o HIV há dois anos também destacou: "O problema é que agora tem que usar camisinha". Passar a usar o preservativo é motivo de incômodo. Foi o que comentou E55, 39 anos, diagnóstico para o HIV há 7 anos: "a camisinha incomoda". Sobre o desejo de maternidade, E16, E17, E55 e E56 declararam sentimento de medo:

"Não me sinto mais leve [à vontade na relação sexual], tenho medo de engravidar" (E16, 28 anos, diagnóstico para o HIV há nove anos).

"[...] temos a cisma de pegar o vírus um do outro e a criança nascer infectada" (E17, 28 anos, diagnóstico para o HIV há sete anos).

"Não tenho coragem de ter um filho" (E55, 39 anos, diagnóstico para o HIV há sete anos).

"A única coisa que mudou foi que eu adoro ter criança e não posso mais ter" (E56, 40 anos, diagnóstico para o HIV há seis anos).

Quanto às mudanças nos aspectos psicológicos foram apresentados sentimentos de revolta com a soropositividade (dificuldade de aceitação), medo de morrer, agressividade e síndrome do pânico, conforme demonstram as falas a seguir: (tabela 3)

"[...] não estou bem psicologicamente. Não consigo aceitar" (E6, 25 anos, diagnóstico para o HIV há cinco anos).

"Acabou com minha vida. Tudo mudou, sentimento, pensamento, não é mais nada como antes" (E18, 29 anos, diagnóstico para o HIV há dois anos).

"Tenho medo de morrer" (E28, 32 anos, diagnóstico para o HIV há sete anos).

"Fiquei mais agressiva" (E32, 33 anos, diagnóstico para o HIV há nove anos).

"Estou com a Síndrome do Pânico" (E35, 34 anos, diagnóstico para o HIV há seis anos).

Tabela 3. Distribuição do número de mulheres com HIV/aids segundo variáveis reprodutivas

Variáveis	Nº.	%
Número de filhos após o diagnóstico de HIV (n = 54) X= 0,6		
S= 0,7	25	46,3
Nenhum	21	38,9
1	7	13,0
2	1	1,9
3		
Filhos soropositivos (n=55)		
Sim	7	12,7
Não	48	87,3
Desejo de ter filhos (n= 64)		
Sim	45	70,3
Não	19	29,7
Conhecimento sobre transmissão vertical (TV) (n=64)		
Conhece totalmente	7	10,9
Conhece parcialmente	42	65,9
Desconhece	15	23,4

DISCUSSÃO

Com a idade das participantes variando de 20 a 49 anos, com média de 33,3 anos e desvio padrão de 6,3, ressalta-se que o grupo investigado estava em plena idade reprodutiva, conforme o desenho amostral, público-alvo apropriado para explorar o objeto desta investigação, ou seja, aspectos sexuais e reprodutivos de mulheres portadoras de HIV/aids.

A escolaridade mostrou-se relativamente baixa, variando entre o analfabetismo até o ensino médio, com elevada porcentagem de mulheres que sabiam somente ler e escrever ou tinham ensino fundamental completo, o correspondente a 45 (70,3 %). A renda familiar de meio a dois salários mínimos correspondeu a 43 (67,2 %) das mulheres, algo extremamente baixo para uma média de quatro pessoas por família, destacando 35 (54,7 %) e 25 (39,1 %) que tinham de quatro a seis e de sete a dez pessoas por família, respectivamente. Fechando esse ciclo vicioso de baixa escolaridade, baixa renda e baixa acessibilidade ao mercado de trabalho, observou-se que as ocupações das mulheres foram atividades do lar, manicure, costureira e artesã. Assim, percebeu-se no grupo estudado franca pauperização do HIV/aids. Estudo realizado com 35 mulheres portadoras de HIV, também em Fortaleza-CE, identificou que a maioria tinha baixa escolaridade, não tinham vínculo empregatício e apresentavam renda familiar média de até meio salário mínimo.¹³ Outro estudo realizado em São Paulo com 1.072 pacientes com HIV/aids (sendo 310 mulheres), 67 % apresentaram menos de 11 anos de estudos e 23 % eram donas de casa, o que provavelmente viviam sem renda.¹⁴ Essa realidade socioeconômica das mulheres vivendo com HIV/aids poderá interferir na autonomia das mesmas, impedindo-as de intervirem na garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Outro aspecto a se considerar é a condição sócio-comportamental e cultural da mulher, podendo influenciar na desigualdade social, na subserviência ao homem, no baixo poder de decisão e na maior vulnerabilidade à doença.

Mostrou-se expressiva a porcentagem de mulheres soropositivas com parceiro sexual, ou seja, 47 (73,4 %), estando 45 (95,5 %) destas em parceria fixa. A principal fonte de contaminação das mulheres pesquisadas foi o parceiro fixo, destacando a exposição de mulheres monogâmicas a parceiros bígamos, correspondendo a 42 (65,6 %). Apesar de não apresentado na tabela 2, acrescenta-se que das 17 (26,6 %) mulheres que estavam sem parceiros sexuais, 7 (41,2 %) fizeram essa opção pelo medo de transmitir o HIV para outras pessoas, 5 (29,4 %) decidiram se dedicar somente aos filhos (decepção com o companheiro), 4 (23,5 %) por não ter surgido parceiro e 1 (5,9 %) por temer o preconceito.

Apesar de 32 (68,0 %) das mulheres terem afirmado usar preservativo "sempre" (porcentagem que deve ser ainda maior), apenas 11 (17,2 %) demonstraram a colocação correta. Tal fato permite reconhecer o risco de exposição dessas mulheres e de seus parceiros ao HIV. O mesmo recai sobre 9 (18,6 %) das mulheres com HIV sem uso de MAC ou em uso somente de ACO. A adesão ao uso do preservativo entre pacientes HIV positivo é mudança indispensável à promoção e proteção de sua saúde e de seu(s) parceiro(s), seja nas relações monogâmicas ou não, soro concordantes e soro discordantes. Portanto, recomenda-se que o serviço ambulatorial priorize a promoção do uso correto do preservativo na clientela com HIV/aids, sob pena de estarem expondo novos parceiros à contaminação e/ou aumentando a carga viral de seus companheiros e/ou de si mesmas. O uso do preservativo constitui medida de autocuidado das mais significativas de serem estimuladas pelos profissionais da saúde que acompanham essas clientes.

Enquanto prática anticonceptiva, o preservativo masculino foi o MAC mais mencionado, utilizado por 33 (51,6 %) das mulheres, porém uma adesão ao método ainda baixa, quando se espera que 100 % dos portadores de HIV utilizem o preservativo, "sempre", ou seja, em todas as relações sexuais. Resultado semelhante foi encontrado em estudo outro realizado com 51 mulheres portadoras de HIV/aids, em que 29 (56,8 %) usavam o preservativo masculino.¹⁵ O acompanhamento anticoncepcional de mulheres com HIV/aids deve ser rigoroso, já que conceber nesse grupo representa elevado risco reprodutivo e de TV do HIV.

O baixo uso do preservativo feminino pelo grupo estudado pode estar relacionado à baixa oferta do insumo nos serviços de saúde e a pouca disponibilidade no comércio, sendo também um produto de elevado custo em relação ao preservativo masculino. Muitas mulheres também se sentem inibidas para tocar o seu próprio corpo, ficando impossibilitadas de tomar a iniciativa de usar o preservativo feminino. Apesar de o local do estudo ser referência para o acompanhamento de mulheres vivendo com HIV, o referido método não é disponibilizado e tampouco divulgado. Em estudo com 51 mulheres portadoras de HIV/aids, resultado semelhante foi encontrado, quando apenas 2 (3,1 %) utilizavam o preservativo feminino, chamando a atenção para o fato de que 12 (23,5 %) optaram pela abstinência sexual e 7 (13,7 %) não usavam MAC, mantendo suas práticas sexuais desprotegidas.¹⁵

Ficou perceptível nos depoimentos das mulheres sobre o que mudou com a soropositividade, seqüelas na sexualidade e na afetividade, o que poderá comprometer a autoestima e a qualidade de vida das mesmas. Comportamentos afetivos e/ou de suas práticas sexuais que antes eram comuns passaram a ser evitados por causa do HIV, impedindo essas mulheres de externar a sua sexualidade como desejavam. Ademais, parte teve o desejo de engravidar modificado pelo temor de vir a ter um filho HIV positivo. Esses aspectos precisam ser ouvidos pela equipe de saúde que acompanha essas mulheres, na perspectiva de uma escuta ativa, interessada e pautada na informação adequada, de modo que essa clientela ganhe autonomia e tenha um melhor enfrentamento da situação de saúde-doença atual, fazendo escolhas reprodutivas de forma consciente.

Quantitativo considerável de 45 (70,3 %) mulheres mantinham o desejo de ter filhos após o diagnóstico de HIV. Esse sentimento também foi reconhecido por Paiva *et al*⁶ ao identificarem que 73 % de 1.068 participantes de um estudo, HIV positivo, tinham filhos e 15 % desejavam tê-los, além de observarem que o conhecimento sobre a TV materno-infantil era baixo e as entrevistadas referiam pouco espaço para discutir sexualidade, em especial suas intenções reprodutivas.

A respeito do conhecimento sobre a prevenção da TV, apesar de 49 (76,6 %) mulheres terem se auto-avaliado como conhecedoras das medidas de prevenção, 42 (65,6 %) demonstraram conhecimento parcial e 15 (23,4 %) desconhecimento total das medidas a serem tomadas, totalizando 57 (89,0 %) com conhecimento deficiente ou limitado sobre a TV. Sete (10,9 %) mulheres conheciam as medidas de prevenção da TV, porcentagem baixa, principalmente por se tratar de um grupo em plena idade reprodutiva. Nesse trabalho o conhecimento total sobre como reduzir a TV do HIV correspondeu à mulher mencionar: realizar o exame anti-HIV no pré-natal, uso de antiretrovirais na gestação, trabalho de parto e parto, tratamento da criança por 42 dias após o nascimento e a não amamentação. Tais recomendações são as preconizadas pelo MS.⁶ Adotadas essas intervenções, a TV do HIV fica entre 1 % e 2 %, desde que iniciado o uso de antiretrovirais a partir da 14^a. semana de gestação, com terapia antiretroviral triplíce: 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.¹⁰ Tal condição faz com que as mulheres se privem do direito de ter filhos, pois o medo e o conhecimento limitado ou o desconhecimento sobrepõem à vontade de ser mãe. Falta por parte dos profissionais que atende a esses sujeitos, compromisso e condições para que informações sobre a TV e intervenções possam ser realizadas para que seus filhos nasçam saudáveis.

Análise referente às condutas profiláticas utilizadas para a redução da TV do HIV em gestantes infectadas que tiveram filhos nas maternidades públicas de Fortaleza-CE, de 1999 a 2001, detectou que o serviço deixa de executar as ações preconizadas pelo protocolo *Aids Clinical Trial Group* (ACTG 076), pois das 109 mulheres que realizaram pré-natal, 101 poderiam ter sido submetidas a todas as etapas de profilaxia, que incluem cuidados no pré-natal, parto e puerpério. Entretanto, dessas, somente 48 (47,5 %) receberam a profilaxia completa de acordo com o protocolo citado.¹⁷ A TV do HIV ocorre pela passagem do vírus da mãe para o filho durante a gestação, trabalho de parto e parto propriamente dito e na amamentação. Em média, 35 % da TV ocorre durante a gestação, 65 % ocorre no período peri-parto e 7 % a 22 % na amamentação por exposição.¹⁰ Portanto, para assegurar o direito reprodutivo de mulheres com HIV/aids exige o conhecimento destas sobre os riscos e as medidas de controle, mas também que essas medidas de controle se efetivem ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

A redução da TV decorrente do tratamento com antiretrovirais (ART) foi fator importante para as mulheres HIV positivo manterem o desejo de engravidar, ou seja, o fato de ser soropositiva e ter filho soronegativo representa um estímulo para o exercício da maternidade. Quarenta e oito (87,3 %) das mulheres pesquisadas não tinham filhos soropositivos. Assim, observou-se que as mulheres com HIV/aids diante da possibilidade de uma gravidez "segura", voltam a exprimir o desejo pela maternidade, mesmo diante de seu *status* sorológico. Nesse contexto ressalta-se que o direito reprodutivo de mulheres HIV positivo deve ser respeitado, uma vez que a TV cai para 1-2 % se medidas preventivas forem implementadas em tempo hábil e de forma completa. Portanto, mulheres vivendo com HIV devem ter seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos, incluindo a possibilidade de uma vida sexual segura e uma gestação com as menores chances de vir a ter um filho soropositivo, pois apesar do HIV seus desejos sexuais, sua afetividade e o desejo pela maternidade estão presentes. Destaca-se que mesmo o grupo estando 100 % em idade reprodutiva, com predomínio de uniões estáveis e desejo de conceber, 15 (23,4 %) desconheciam completamente as medidas de prevenção da TV, gerando medo e negação do desejo de conceber. Esse desconhecimento é próprio de uma sociedade na qual a mulher pouco conta com um suporte de educação em saúde. Estudo realizado nos Estados Unidos com o objetivo de investigar o conhecimento e as percepções de pessoas vivendo com HIV acerca dos recursos disponíveis para o cuidado especializado e a rede de suporte social, identificou que as mulheres, com maior frequência, desconheciam como acessá-los ou não os consideravam importantes.¹⁸

Por fim, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para uma melhor compreensão dos aspectos sexuais e reprodutivos de mulheres vivendo com HIV/aids, os quais passam por cuidados específicos desde a pré-concepção, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, a considerar as reais necessidades dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Relatório global sobre a epidemia de aids 2009 [biblioteca virtual em linha] <<http://www.onu-brasil.org.br/doc/2009-Relatorio-Global-Aids-Sum-rio-Geral-Port.pdf>> [consultado: 23 Junho 2010].
2. UNAIDS. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2007 [biblioteca virtual em linha] <www.onu-brasil.org.br/doc/BoletimEpidemiologico2007-Release.doc> [consultado: 27 Maio 2008].
3. Ceará. Secretaria da Saúde. Boletim Epidemiológico 2008 [biblioteca virtual em linha] <http://www.saude.ce.gov.br/internet/publicacoes/informestecnicos/boletim_aids_mar_2008> [consultado: 27 Maio 2008].
4. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico 2003 [biblioteca virtual em linha] <<http://www.abcd aids.com.br/boletim=2003.htm>> [consultado: 9 Maio 2008].
5. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico 2006 [biblioteca virtual em linha] <http://www.saude.ce.gov.br/internet/publicacoes/informestecnicos/informe_aids_6_2007.pdf> [consultado: 27 Novembro 2008].
6. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. Aguiar JM, Barbosa RHS. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV positivo: uma abordagem de gênero. Cad Saúde Pública 2006;22(10):2115-23.
8. Monticelli M, Santos EKA, Erdmann AL. Being an HIV-positive mother: meanings for HIV-positive women and for professional nursing staff. Acta paul. enferm. 2007;20(3):291-8.
9. Maliska ICA, Souza MIC, Silva DMGV. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/aids. Ciênc. cuid. saúde. 2007;6(4):471-8.
10. Ministério da Saúde (BR). Protocolo para Prevenção da Transmissão do HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. Matos KSL, Vieira SL. Pesquisa educacional: o prazer de conhecer. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha: UECE; 2001.
12. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS nº. 196/96 e outras) 2ª. ed. ampl., Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
13. Barroso LMM, Carvalho CML, Galvão MTG. Mulheres com HIV/aids: subsídios para a prática de enfermagem. Rev Rene 2006;7(2):67-73.
14. Braga PE, Cardoso MRA, Segurado AC. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2007;23(11):2663-71.
15. Evangelista DR. Planejamento familiar de mulheres vivendo com HIV/aids. [Monografia Graduação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2007.

16. Paiva V, Latorre MR, Gavato N, Lacerda R, Brazil E. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/aids em São Paulo. Cad Saúde Pública 2002;18(6):1609-19.

17. Cavalcante MS, Ramos Junior NA, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. Rev Bras Ginecol Obstet 2004;26(2):131-8.

18. Whetten K, Reif S, Lowe K, Eldred L. Gender differences in knowledge and perceptions of HIV resources among individuals living with HIV in the Southeast. South Med J 2004;97(4):342-9.

Recibido: 3 de septiembre de 2011.

Aprobado: 16 de noviembre de 2011.

Escolástica Rejane Ferreira Moura. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Av. Filomeno Gomes, 80. Apto. 401. Jacarecanga. CEP: 60.010-280. Fortaleza-CE. Brasil. Telefone institucional: 55 (85) 3366 8461.
E mail: escolpaz@yahoo.com.br