

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MULHERES, SOROPOSITIVIDADE E ESCOLHAS REPRODUTIVAS**

**Ana Carolina Cunha Sant'Anna**

**Brasília, abril, 2007**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MULHERES, SOROPOSITIVIDADE E ESCOLHAS REPRODUTIVAS**

**Ana Carolina Cunha Sant'Anna**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl**

**Brasília, abril, 2007**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À COORDENAÇÃO DO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA**

**Banca examinadora**

---

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente  
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Ana Lúcia Galinkin – Membro  
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Dirce Guilhem de Matos – Membro  
Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz – Membro Suplente  
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que vivem e/ou convivem com o vírus HIV. É dedicado também aos profissionais de saúde que fazem da profissão um ato de amor!

## AGRADECIMENTOS

Às queridas professoras Anamélia Lins e Silva Franco e Beatriz Shayer (F.R.B.-Ba). Vocês são minhas principais referências como psicólogas da saúde!

À professora Eliane Seidl, minha orientadora, que acreditou no meu trabalho, me incentivou e se tornou “cúmplice” deste estudo.

Ao professor Jorge Iriart (ISC-UFBA), por ter me auxiliado nos primeiros passos do estudo das mulheres soropositivas.

À professora Ana Lucia Galinkin, pelas “caórdicas” discussões sobre gênero, sexualidade, sobre nós!

À professora Dirce Guilhem, pelo olhar crítico e inovador no âmbito das práticas em saúde.

À professora Elizabeth Queiroz, por ter aceito a colaborar com este estudo e trazer importantes contribuições. Muito obrigada!

Aos meus (queridos) alunos da disciplina Psicologia Aplicada à Saúde, que participaram ativamente da concretização de um sonho, o de tornar a psicologia acessível a outros profissionais de saúde.

Ao CNPq, pelo tão necessário apoio financeiro.

Aos meus queridos e amados pais, sempre tão companheiros, acolhedores e principais incentivadores. Vocês são meu refúgio, sempre!

Aos meus irmãos, Tuco e Ana Paula (sinto muita falta de vocês).

À Luan, que chegou no meio do meu mestrado, tomou conta de meu quarto e de meu coração.

Aos meus amigos baianos, mineiros, paraibanos, gaúchos e brasilienses que me acompanharam nos bons momentos proporcionados pelo mestrado (vocês são fundamentais em minha vida!). Em especial, à minha amiga Rafa, pela paciência e dedicação nas inúmeras revisões textuais; Ju, por compartilhar anseios, frustrações e angústias inerentes ao mestrado; Dani e Maricota, por terem sido tão companheiras e divertidas; Tai, pelos almoços regados a intermináveis discussões; Rena's, Verusquete, Lenin e Paulinha, por ter aturado minhas quase-desistências e para minhas amigas Ludi e Érica, pelos domingos divertidos que me proporcionaram.

A toda a equipe do Projeto Com-Vivência, em especial a Regiane Gomes, Wania Espírito Santo e Abadia Donizetti, grande parceira nas manhãs de quartas feiras.

A Associação Brasileira de Combate à Aids - Grupo Arco-Íris, em especial à psicóloga Regina.

Ao Centro de Saúde n. 1, em especial à enfermeira Anamaria Azevedo.

Um agradecimento especial às (fortes) mulheres que se dispuseram a dividir um pouco de suas experiências de vida comigo e que foram a razão principal para a realização deste estudo. Sim, meninas, a vida é mais forte que a aids!

Muito obrigada a todos por TUDO!!

## SUMÁRIO

<b>Agradecimentos</b>	v
<b>Lista de Tabelas</b>	viii
<b>Lista de Siglas</b>	ix
<b>RESUMO</b>	x
<b>ABSTRACT</b>	xii
<b>I INTRODUÇÃO</b>	1
1.1 Aids: trajetória e tendências da epidemia	1
1.2 Mulheres vivendo com HIV, sexualidade e escolhas reprodutivas	6
1.3 Relação profissional de saúde-usuário e escolhas reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/aids	12
1.4 Direitos reprodutivos de mulheres no contexto do HIV/aids	17
1.5 Contribuições do conceito de gênero para as práticas de saúde no contexto do HIV/aids	21
1.6 Vulnerabilidade e HIV/aids	25
1.7 Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas: a relevância do estudo	29
<b>II. MÉTODO</b>	32
2.1 Delineamento metodológico	32
2.2 Local	33
2.3 Participantes	35
2.4 Instrumento	35
2.5 Aspectos éticos e procedimentos de coleta	36
2.6 Análise de dados	37
<b>III. RESULTADOS</b>	39
3.1 Caracterização sociodemográfica e médico-clínica das participantes	39
3.2 Nível de conhecimento sobre formas de transmissão do HIV, Transmissão Vertical e procedimentos profiláticos	43
3.3 Efeitos da condição de soropositividade nas escolhas reprodutivas	47
3.4 Expectativas sobre reação social ao desejo de ter filhos	50
3.5 Serviço de saúde e escolhas reprodutivas: há espaço para discussão?	53
<b>IV. DISCUSSÃO</b>	57
<b>V. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	68
<b>REFERÊNCIAS</b>	70
<b>ANEXOS</b>	81
<b>Anexo 1.</b> Roteiro de entrevista semi-estruturada	82
<b>Anexo 2.</b> Documento de aprovação do projeto de pesquisa no CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	85
<b>Anexo 3.</b> Documento de aprovação do projeto de pesquisa no CEP da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	86
<b>Anexo 4.</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87

## LISTA DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1.</b> Circunstâncias da descoberta da sorologia positiva para o HIV, segundo relatos das mulheres participantes ( $N=30$ ).	40
<b>Tabela 2.</b> Caracterização sociodemográfica e médico-clínica das participantes ( $N=30$ )	43
<b>Tabela 3.</b> Distribuição das participantes quanto ao nível de conhecimento sobre formas de transmissão do vírus HIV ( $N=30$ )	44
<b>Tabela 4.</b> Distribuição das participantes quanto ao nível de conhecimento sobre transmissão vertical do HIV ( $N=30$ )	45
<b>Tabela 5.</b> Distribuição das participantes quanto ao nível de conhecimento sobre procedimentos de prevenção da transmissão vertical do HIV ( $N=30$ )	46
<b>Tabela 6.</b> Motivos explicitados pelas participantes que relataram que a condição sorológica modificou o desejo de ter filhos ( $n=18$ )	48
<b>Tabela 7.</b> Motivos explicitados pelas participantes que relataram que a condição sorológica não modificou o desejo de ter filhos ( $n=12$ )	48
<b>Tabela 8.</b> Motivos relatados pelas participantes para não desejarem ter filhos no momento atual ( $n=21$ )	49
<b>Tabela 9.</b> Expectativas quanto à reação das pessoas em geral sobre o desejo de ter filhos no contexto da soropositividade ( $N=30$ )	51
<b>Tabela 10.</b> Reação do médico ao desejo de ter filhos no contexto da soropositividade, segundo percepção das participantes ( $N=30$ )	52
<b>Tabela 11.</b> Motivos explicitados pelas participantes para não conversarem com os profissionais de saúde questões envolvendo direitos reprodutivos ( $n=27$ )	54
<b>Tabela 12.</b> Sugestões sobre como o serviço de saúde poderia melhorar o atendimento para contemplar questões sobre direitos reprodutivos ( $N=30$ )	55



**LISTA DE SIGLAS**

<b>ACTG 076</b>	<i>AIDS Clinical Trial Group</i>
<b>AIDS</b>	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
<b>ARV</b>	Anti-retroviral
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CPI</b>	Comissão Parlamentar de Inquérito
<b>CSB 1</b>	Centro de Saúde de Brasília n. 1
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<b>HUB</b>	Hospital Universitário de Brasília
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>PAISM</b>	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PN-DST/aids</b>	Programa Nacional de DST/aids
<b>SAE</b>	Serviço de Atenção Especializado
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapia Anti-retroviral
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TV</b>	Transmissão Vertical do HIV
<b>UNAIDS</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

## RESUMO

O perfil epidemiológico da aids no Brasil vem constatando um processo de feminização da epidemia, particularmente entre mulheres com relacionamento estável e em idade reprodutiva. O presente estudo teve como objetivos principais investigar os efeitos da condição de soropositividade sobre as escolhas reprodutivas de mulheres que vivem com HIV/aids e descrever crenças e percepções que estejam influenciando esse processo de escolha. Foi realizado um estudo descritivo, de delineamento qualitativo e de corte transversal, utilizando entrevista individual semi-estruturada como técnica de coleta de dados. Os relatos verbais foram transcritos e categorizados a partir da análise de seu conteúdo por pesquisadores independentes. Participaram 30 mulheres soropositivas, com idade entre 18 e 45 anos, vinte delas vivendo com parceiro. Na análise dos resultados, verificou-se que a maioria das participantes apresentou nível regular de conhecimento sobre formas de transmissão do HIV, bem como sobre transmissão vertical (TV). Quanto aos procedimentos profiláticos da TV, a maior parte delas apresentou um nível precário de conhecimento. Mais da metade afirmou que não desejava ter filhos, sendo as categorias de motivos mais frequentes o receio do risco de transmissão do HIV para o filho e soropositividade como sinônimo de morte. Para a maior parte das entrevistadas, a reação das pessoas diante da intenção de mulheres soropositivas de ter filhos seria predominantemente negativa, considerada como um ato de irresponsabilidade ou inconseqüência. Expectativas negativas também foram relatadas quanto à reação do profissional da área médica diante desse desejo da mulher soropositiva, com predomínio da categoria repreensão/recriminação. Quando questionadas se conversavam com profissionais de saúde sobre aspectos referentes às escolhas reprodutivas, 90% delas afirmaram que não abordavam tais assuntos. Como sugestão para a melhoria dos serviços, as participantes referiram a necessidade de maior disponibilização de informação/orientação sobre como conviver com o HIV, a realização de atividades educativas, favorecer a presença de psicólogo e outros profissionais na equipe, melhorar a comunicação/interação entre médico e usuária e aumentar o tempo disponível para as consultas. As equipes de saúde devem ser melhor qualificadas para contemplar o atendimento e a orientação às mulheres HIV+ no que diz respeito às suas escolhas reprodutivas, respeitando e favorecendo sua autonomia. Os resultados desse estudo sinalizam a necessidade de que os serviços em HIV/aids atuem em consonância com os programas de atenção integral à saúde da mulher e os princípios do Sistema Único de Saúde, passando a contemplar a temática dos direitos reprodutivos, favorecendo o acolhimento e o respeito às decisões de mulheres que vivem com HIV/aids.

**Palavras-chave:** mulheres, soropositividade, escolhas reprodutivas.

## ***ABSTRACT***

In Brazil, aids' epidemiologic profile shows the growth of the epidemic among women, especially those engaged in a relationship and in reproductive age. This study aims to investigate the effects of seropositivity in the reproduction choices of HIV-positive women. It also aims to describe beliefs and perceptions that influence this choice. A descriptive study, of qualitative delineation and transversal clipping, took place from individual semi-structured interviews. Verbal stories were transcribed and categorized from content analyses of independent researchers. Twenty women with HIV participated in this study, with age variation from 18 to 45 year-old. 20 of them lived with a partner. The analysis of the results shows that most of the participants had regular knowledge level of forms of HIV transmissions as well as vertical transmission (VT). About the VT's prophylactics procedures, most of the participants had precarious knowledge level. More than half of the women said that did not want to have children, most because of fear of HIV transmission to the son and the understood of HIV-positive as death. For most of the interviewed, the reaction of others ahead the intention of women with HIV to have children would be predominantly negative and considered as an act of irresponsibility and inconsequence. Negative expectative were also related to the reaction of professionals from medical area ahead the desire of the HIV-positive women, with the predominance of the category repression/recrimination. When asked if they talked about aspects of reproductive choices with professionals of health, 90% affirmed that they did not approach those subjects. As suggestions for the improvement of the services, the participants related the need of more available information and orientation about how to coexist with HIV, realization of educative activities, to favor the presence of a psychologist and other professionals in the team, improve the communication and interaction between doctor and patient and increase the available time for the appointment. The health teams must be better qualified to contemplate the attendance and orientation of HIV-positive women about their reproductive choices, respecting and favoring their autonomy. The results of this study show the need of services in HIV/aids to act in consonant with the programs of integral attention to women's health and the principles of the Single System of Health, starting to contemplate the reproductive right thematic and favoring the shelter and the respect of HIV-positive women's choice.

**Key-words:** women, seropositivity, reproductive choices.



## I. INTRODUÇÃO

### 1.1 Aids: trajetória e tendências da epidemia

Desde a descoberta do HIV/aids, na década de 80, houve um acúmulo de conhecimentos científicos que nortearam as políticas públicas em todo o mundo (Lopes, 2003). Após mais de duas décadas, a infecção pelo HIV tem se delineado como um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (Brito, Castilho & Szwarcwald, 2001).

Relatório recente divulgado pelo Programa das Nações Unidas aponta que 39,5 milhões de pessoas vivem com HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2006). No Brasil, como resultado de profundas desigualdades econômicas e sociais, a propagação da infecção pelo HIV revela múltiplas dimensões e vem sofrendo diversas transformações em seu perfil.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil mantém-se numa posição entre os países com epidemia concentrada, com prevalência da infecção pelo HIV de 0,61 por 100.000 habitantes entre a população de 15 a 49 anos, sendo 0,42 entre as mulheres e 0,80 entre os homens (Ministério da Saúde, 2006a). Dados do mais recente boletim epidemiológico indicam a ocorrência de 433.067 casos de aids até junho de 2006, dentre os quais 62,3% se concentram na Região Sudeste, 17,9% na Região Sul, 11% no Nordeste, 5,6% no Centro-oeste e 3,2% na Região Norte do país (Ministério da Saúde, 2006b).

Embora o número de pessoas do sexo masculino seja ainda mais elevado que o do feminino, verifica-se um aumento crescente da infecção pelo HIV entre as mulheres brasileiras (Brito & cols., 2001; Rodrigues-Junior & Castilho, 2004). Em 1985, a cada vinte e seis casos masculinos era notificado um caso feminino, enquanto que em 2005 a

razão homem/mulher indicava a frequência de quinze casos de homens para cada dez mulheres infectadas (Ministério da Saúde, 2005a). O maior número de casos encontra-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos, representando 85,9% dos casos masculinos e 81,5% dos casos femininos (Ministério da Saúde, 2006a).

Com relação à categoria de exposição, a transmissão heterossexual tem sido o modo mais freqüente de contaminação tanto nos homens (44,9%) quanto entre as mulheres (94,7%). É relevante notar que esta tem sido a principal categoria de transmissão entre as mulheres acima de 13 anos de idade desde o início da epidemia (Ministério da Saúde, 2005a, 2006a).

Outra tendência da aids no país – a pauperização – continua seu processo de crescimento nas populações socioeconomicamente mais vulneráveis, expressa pelo aumento proporcional nos casos de aids na raça/cor parda, decrescendo a proporção na branca em ambos os sexos e pelo aumento dos casos em pessoas com escolaridade mais baixa (Brito & cols., 2001; Ministério da Saúde, 2002, 2006a).

As taxas de incidência por aids segundo a faixa etária no Brasil demonstram uma redução entre os homens de 13 a 29 anos e o crescimento nas faixas posteriores, principalmente entre 40 e 59 anos. Com relação às mulheres, observa-se crescimento persistente em praticamente todas as idades. Assim, dos 4.952 casos do sexo feminino notificados em 2004, 81,5% tinham entre 20 e 49 anos (Ministério da Saúde, 2005a). Ademais, apesar da mortalidade por aids no Brasil manter-se estabilizada, tais índices mostram redução menos acentuada entre as mulheres, quando analisados por gênero (Brito & cols., 2001).

O perfil epidemiológico da aids no Brasil vem constatando um processo de *feminização* da epidemia, particularmente entre as mulheres mais pobres (Lopes, 2003; Simões-Barbosa, 2001). Os dados descritos vêm sinalizando a necessidade de um

redirecionamento das políticas de saúde pública na medida em que este novo panorama tem desnudado a condição da vulnerabilidade feminina frente ao HIV (Guilhem, 2005). Entretanto, as práticas em saúde, muitas vezes ainda influenciadas pelo modelo biomédico, têm dado pouca atenção aos determinantes socioculturais, morais e políticos que contribuem significativamente para este cenário.

O crescimento da infecção entre as mulheres traz implicações em diferentes esferas de suas experiências. Quando a mulher torna-se soropositiva em idade reprodutiva é confrontada, muitas vezes, com algumas decisões difíceis, dentre elas a escolha sobre ter ou não filhos. A maternidade, que em nossa cultura parece ser parte de um papel social esperado, e comumente desejado pelas mulheres, pode tornar-se ameaçada pela condição sorológica (Knauth, 1999).

A transmissão vertical do HIV – da mulher gestante soropositiva para o bebê – pode ocorrer durante a gravidez, no parto ou pela amamentação. Sem qualquer intervenção, a taxa de transmissão vertical do vírus situa-se em torno de 20% (Ministério da Saúde, 2004). No entanto, resultados obtidos com o protocolo ACTG 076 – nome pelo qual ficou conhecido o estudo do *AIDS Clinical Trial Group* – possibilitaram uma diminuição do risco de transmissão vertical do HIV em mulheres soropositivas. Naquele estudo foi feita a comparação entre dois grupos de gestantes assintomáticas, em que o primeiro fez uso de zidovudina (AZT) durante a gestação e na hora do parto, tendo ainda seus bebês recebido a medicação após o nascimento, e o segundo grupo foi composto por gestantes que utilizaram placebo. Observou-se uma redução na transmissão vertical do HIV no grupo que utilizou o AZT quando comparado ao grupo controle (Connor & cols., 1994).

Este e outros estudos que se sucederam (Newell, Gray & Bryson, 1997; Wade, Birkhead & Warren, 1998) permitiram concluir que, mesmo utilizado em fases tardias

da gestação e, ainda que apenas durante o trabalho de parto, o AZT demonstrou ser muito eficaz na redução da transmissão vertical.

O maior risco de transmissão vertical ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente, seguido da amamentação ou ainda intra-útero, principalmente nas últimas semanas gestacionais. Com ações de prevenção, no entanto, a transmissão pode reduzir de 20% para menos de 1% (Ministério da Saúde, 2006b). Desde 1995 o Brasil tem implementado ações para prevenção da transmissão vertical do HIV e, em 1996, através da Lei Federal 9.313/96, o governo brasileiro tem disponibilizado para toda a população de gestantes infectadas pelo HIV e seus filhos o protocolo de profilaxia da transmissão vertical gratuitamente.

As ações da política brasileira para prevenção da transmissão vertical do HIV estão reunidas no documento “Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes” (Ministério da Saúde, 2001, 2004, 2006c), revisado periodicamente pelo Programa Nacional de DST/aids (PN-DST/aids), que preconiza:

- oferecimento de teste anti-HIV para todas as gestantes durante o pré-natal e nos serviços de planejamento familiar;
- acesso integral e gratuito da terapia anti-retroviral (segundo as recomendações do Consenso Brasileiro) para todas as mulheres soropositivas;
- disponibilização de teste rápido no final da gestação ou durante o trabalho de parto para todas as gestantes e parturientes não testadas anteriormente e/ou com maior vulnerabilidade para a infecção;
- administração do AZT intravenoso para todas as parturientes infectadas pelo HIV;



- parto por cirurgia cesariana eletiva para todas as mulheres com indicação, segundo as recomendações do Consenso Brasileiro;

- administração do AZT em solução oral para todos os recém-nascidos expostos ao HIV;

- aconselhamento das mães portadoras do HIV para o não aleitamento materno durante o pré-natal, administração de medicação inibidora da lactação logo após o parto e orientação quanto ao uso de fórmula láctea infantil desde o nascimento, com a disponibilização desta durante seis a doze meses de idade da criança;

- contra-indicação do aleitamento cruzado (alimentação da criança por outra mulher);

- administração do AZT em solução oral para o bebê nas primeiras oito horas após o nascimento, devendo ser mantido durante as seis semanas de vida.

- acompanhamento da mãe e da criança em Serviço de Atendimento Especializado (SAE), até definição do seu diagnóstico. O acompanhamento das crianças deve ser mensal ou bimensal nos primeiros seis meses de vida e trimestral a partir do segundo semestre de vida.

Apesar dos esforços dispendidos, as dificuldades da rede pública de saúde em prover diagnóstico laboratorial da infecção, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal e a qualidade insatisfatória no atendimento à gestante em geral resultam na administração do AZT injetável em menos de 50% dos partos do total de mulheres estimadas como portadoras do HIV. Ainda assim observa-se um indicador positivo: a incidência de casos de aids em crianças vem decrescendo progressivamente no país (Ministério da Saúde, 2004). Os resultados de uma análise da tendência temporal da transmissão vertical do HIV em crianças indicaram uma redução progressiva dos casos de aids por transmissão vertical entre as crianças nascidas a partir

de 1997, período que coincide com a introdução maciça e universal das ações de prevenção preconizadas pelo Programa Nacional de DST/aids (Brito, Souza, Luna & Dourado, 2006).

Estudo brasileiro avaliou a qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes infectadas pelo HIV e aos recém-nascidos numa amostra de 1.475 mulheres, assistidos entre 1997 e 2003 em 17 maternidades públicas. Após consulta a 771 prontuários médicos e aplicação de questionários em 274 mulheres verificou-se que, apesar de diagnosticadas para o HIV, 22% e 11% das mulheres, respectivamente, não tiveram acesso sequer ao AZT oral, 19% e 10% das parturientes não receberam o AZT intravenoso, 7,6% e 6,9% dos bebês não foram medicados com o AZT em solução oral e 15,5% dos partos foram não-eletivos. Como resultado, o coeficiente de mortalidade nas crianças da amostra, calculados a partir das informações dos prontuários médicos, foi de 19 óbitos por 1000 crianças, o que sugere uma fragilidade do programa brasileiro de prevenção à transmissão vertical do HIV no que diz respeito à sua organização e administração (Vasconcelos, 2005; Vasconcelos & Hamann, 2005).

## **1.2 Mulheres vivendo com HIV, sexualidade e escolhas reprodutivas**

O impacto do diagnóstico da infecção pelo HIV na vida sexual e afetiva da mulher tem sido documentado em diversos trabalhos. Paiva, Latorre, Gravato e Lacerda (2002), após entrevistas com 1.068 mulheres HIV+, verificaram que, apesar de a maior parte (54%) relatar vida amorosa e sexual ativas, a comunicação do diagnóstico ao parceiro, negociação do uso de preservativos e medo de rejeição foram comumente citados como eventos estressores. Outro estudo verificou que, em um grupo de 148 mulheres soropositivas, menos da metade continuou mantendo vida sexual ativa, embora tenham relatado desejo de fazer sexo (Santos, Buchalla, Ventura-Filipe, Bugamelli, Garcia & Paiva, 2002).

O exercício da sexualidade para as mulheres em nossa cultura parece ainda estar atrelado à maternidade. Apesar de grande parte dos estudos referir um impacto negativo da soropositividade na vida sexual das mulheres, isto parece não ter ocorrido com relação ao desejo de ter filhos. A guisa de exemplo, pesquisa desenvolvida por Paiva e colaboradores (2002) verificou que, dentre aquelas que tinham parceria sexual estável, 13% relataram que desejavam ter filhos. Essa proporção foi maior entre o grupo de mulheres com menos de 30 anos (39%) e entre 18 e 24 anos (25%). Dados de outro estudo brasileiro realizado em 1997 corroboraram os resultados de Paiva e colaboradores (2002): em amostra de 148 mulheres, 21% manifestaram o desejo de ser mãe (Santos & cols., 2002).

Investigação pioneira realizada na Austrália no final dos anos 90, mediante o acesso aos registros médicos de 294 mulheres diagnosticadas com infecção pelo HIV, revelou que, dentre as gestações confirmadas após o diagnóstico de soropositividade, 47% das mulheres optaram pelo aborto, taxa que equivale a mais que o dobro da média de abortos na população em geral daquele país (Thackway & cols., 1997).

Pesquisa realizada na África subsaariana com homens e mulheres em idade reprodutiva verificou que, apesar da alta prevalência do vírus HIV na região – aproximadamente um em cada cinco adultos estaria infectado pelo vírus no ano em que o estudo foi desenvolvido – a maior parte dos 76 participantes não se percebiam em risco de contaminação. A principal justificativa utilizada estaria no fato de que tinham se relacionando sexualmente apenas com “pessoas saudáveis”. Mulheres e homens que reconheceram algum risco para a infecção do HIV consideravam o uso consistente do preservativo uma estratégia preventiva importante, mas não faziam uso em relações estáveis. Com relação à gestação entre mulheres soropositivas, os participantes, em sua maioria, foram contrários, por acreditarem que a gestação pudesse agravar a doença,

através da possibilidade de manifestação mais acelerada dos sintomas da aids (Rutemberg, Biddlecom & Kaona, 2000).

Na tentativa de compreender como o HIV influenciaria as escolhas reprodutivas de mulheres antes do protocolo ACTG 076, estudo desenvolvido com população de baixa renda no sul do Brasil buscou analisar associações entre maternidade e relações familiares. Os resultados mostraram que as decisões das mulheres soropositivas em levar adiante ou não uma gravidez estiveram relacionadas ao tipo de aliança conjugal existente. Relatos indicaram ainda que, para as que engravidaram sabendo-se portadoras do vírus, ou mesmo já sintomáticas, um filho significaria algo que as motivaria a viver (Knauth, 1997).

Corroborando os achados de Knauth (1997), uma pesquisa enfocou as representações das mulheres HIV+, com e sem filhos, assistidas num hospital público do Rio de Janeiro. Quanto às representações sobre o significado de ter um filho, a maioria das entrevistadas referiu-se ao desejo de ter filhos e à expectativa de continuidade de suas próprias vidas. Entre as que ainda não tinham filhos, a questão se colocou de forma problemática: o desejo de ser mãe parecia ter sido interdito pela condição sorológica (Cabral, 1998).

Nos países desenvolvidos esse tema também tem sido objeto de interesse. Nessa perspectiva, estudo norte-americano, realizado por Heaton, Taylor, Messeri, Weinberg e Bamji (1999), após a implementação do protocolo ACTG 076, buscou examinar os efeitos de intervenção educativa sobre prevenção da transmissão vertical nas intenções e atitudes da mulher gestante soropositiva. Os auto-relatos de 653 mulheres indicaram que a intervenção, em geral, aumentou a probabilidade da adesão da mulher ao protocolo. No entanto, entre as mulheres que tinham filhos HIV+ foi observado um menor impacto da intervenção.

O protocolo de prevenção da transmissão vertical do HIV institui a indicação de não-amamentação dos bebês expostos ao vírus. No entanto, o ato de amamentar tem povoado o universo feminino como um símbolo representativo da maternidade e por isto tem despertado o interesse de diversos pesquisadores (Moreno, Rea & Ventura-Filipe, 2006; Padoin, 2006; Vinhas, Rezende, Martins, Oliveira & Hubner-Campos, 2004). Em investigação realizada por Sant'Anna & Seidl (2005), mulheres soropositivas que participaram de um grupo focal pontuaram que o fato de não amamentar poderia, por um lado, denunciar a condição sorológica da mulher e, por outro, representar o não cumprimento de um papel social esperado.

Outro tema de interesse se refere às ações contraceptivas adotadas pelas mulheres soropositivas. Estudo realizado por Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004) investigou o uso de medidas contraceptivas entre mulheres com HIV/aids. As casadas constituíam o maior grupo entre as pesquisadas (60,3%). A maior parte delas (79,5%) referiu utilizar medidas adequadas de anticoncepção (categorizadas como uso consistente de preservativo masculino ou feminino e abstinência sexual), enquanto que no grupo de mulheres não casadas também houve maior frequência de adoção de medidas adequadas (96,6%). No entanto, o percentual de uso de estratégias inadequadas de proteção (descritas no estudo como uso irregular de preservativo, bem como uso irregular do preservativo associado a contraceptivo oral, laqueadura de trompas e coito interrompido) foi maior entre as casadas (20,5%), quando comparadas ao outro grupo, em que apenas 3,4% referiram utilizar medidas inadequadas. É digno de nota pontuar que a prática de abstinência sexual foi utilizada como medida contraceptiva por 28,8% das mulheres em idade reprodutiva. Os motivos para esta escolha estariam relacionados ao medo de contaminar o parceiro e o conceito e, muitas vezes associados a experiências anteriores de perda de filhos que tinham sido contaminados pelo vírus.

Bedimo, Bessinger e Kissinger (1998) compararam grupos de mulheres soropositivas e soronegativas com relação às suas escolhas reprodutivas. Foi verificado que mulheres HIV+ tiveram quedas nas taxas de fertilidade e elevação nas taxas de esterilização, quando comparadas às soronegativas. Estudo brasileiro corroborou os achados de Bedimo e colaboradores, ao observar que as taxas de esterilização em mulheres soropositivas eram maiores em relação à população feminina em geral (Barbosa & Knauth, 2003).

Ainda com relação à contracepção pós-diagnóstico, um estudo quantitativo verificou que o preservativo foi o método mais comumente utilizado por mulheres HIV+. Todavia, com relação ao número de gestações após a soropositividade, houve predomínio de gravidez não planejada. Podemos inferir a partir desses dados que, apesar de mulheres soropositivas referirem o preservativo como principal método contraceptivo, seu uso parece não estar sendo consistente (Lindsay & cols., 1995).

As condições sociais e econômicas precárias também parecem ser fonte importante de dificuldades. Assim, pesquisa realizada com mulheres soropositivas investigou o que elas identificavam como condição e/ou apoio necessários para melhorar sua qualidade de vida: 31% citaram emprego e as demais, comida, apoio profissional, casa, dinheiro e remédio para elas e seus familiares. Quando questionadas sobre as principais motivações que as levavam a continuar lutando pela vida, 58% afirmaram que eram os filhos (Paiva, Bugamelli, Leme, Ventura-Filipe, Tunalla & Santos, 1998).

Outros aspectos que merecem atenção na temática das escolhas reprodutivas é a mudança do panorama epidemiológico e a tendência de consolidação da aids como enfermidade crônica, que tem levado ao aumento da conjugalidade entre pessoas com sorologias diferentes para o HIV. Um grande desafio é compreender como as escolhas

reprodutivas ocorrem nesse contexto. De acordo com Polejack (2001), para o casal sorodiferente a decisão de ter ou não filhos apresenta peculiaridades, como a possibilidade de transmissão do HIV para o parceiro não infectado, além da transmissão da mãe para o bebê. Como sinalizam Polejack e Costa (2002), a partir do diagnóstico de soropositividade, os casais precisam desenvolver estratégias de enfrentamento em relação ao risco sexual visando diminuir o estresse oriundo da preocupação com uma possível contaminação do parceiro/a, ao lado do desejo de permanecerem sexualmente ativos e realizarem suas escolhas reprodutivas.

Estudo qualitativo realizado por Reis (2004) teve como objetivo descrever e analisar o impacto da sorodiferença na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/aids que conviviam com parceiro/a heterossexual soronegativo/a. Os achados da pesquisadora sugerem que o medo de contaminar o parceiro/a soronegativo/a traz implicações importantes na esfera reprodutiva e contraceptiva. Entre os onze indivíduos investigados, observou-se diminuição do desejo sexual aliado à desconfiança sobre a eficácia do preservativo na prevenção da infecção pelo HIV. Relatos referentes a dificuldades de diálogo sobre o tema entre os casais pareciam interferir em suas escolhas. Apesar de os motivos apontados pela autora para o desejo de não ter filhos estarem relacionados às dificuldades financeiras do casal (de criarem os filhos no mundo atual e ao fato de já terem filhos), aspectos relacionados à reprodução no contexto da sorodiferença mereceriam ter sido discutidos na esfera do casal ou dos serviços de saúde.

Outra investigação qualitativa realizada por Dalapria e Neto (2004), com seis casais heterossexuais com sorologia diferente para o HIV, teve o propósito de identificar suas práticas sexuais e escolhas reprodutivas. Os pesquisadores observaram redução das práticas sexuais e dificuldades de negociação do uso consistente do

preservativo. Dentre os casais da amostra, apenas dois relataram desejo de ter filhos e nenhum dos participantes referiu conhecer técnicas de reprodução assistida, que poderiam ser indicadas nesses casos.

As percepções sobre a vivência da conjugalidade entre casais sorodiferentes em que a mulher estava no curso da gestação foi objeto de interesse de Azevedo e Guilhem (2005). Sete casais foram entrevistados, sendo que o critério de inclusão das mulheres foi estar gestante e com diagnóstico positivo para o HIV e, entre os homens, os critérios foram ter relação estável com a parceira e ser soronegativo para o HIV. Dentre as mulheres, a maior parte referiu que a gestação não havia sido planejada, e muitas vezes o diagnóstico de soropositividade havia sido descoberto durante o pré-natal. A possibilidade de transmissão do vírus para o bebê, aliada à culpa verbalizada pelas participantes, influenciaram a opinião da maior parte delas, no sentido de que mulheres soropositivas não deveriam ter filhos.

Políticas públicas em defesa dos direitos reprodutivos da mulher foram recentemente anunciadas pelo Governo Federal, no âmbito do Ministério da Saúde, divulgadas no documento "Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade de governo" (Ministério da Saúde, 2005b). Dentre essas medidas, estaria o acesso a técnicas modernas de reprodução assistida como mais uma opção para se ter filhos. Para as mulheres soropositivas ou parceiras de pessoas soropositivas – que deverão ter acesso privilegiado a esse programa – surge uma nova possibilidade que poderá vir a legitimar seu direito reprodutivo.

### **1.3 Relação profissional de saúde-usuário e escolhas reprodutivas de mulheres vivendo com HIV/aids**

Ao analisarmos o processo de decisão sobre ter ou não filhos no contexto da soropositividade é de fundamental importância compreender os fatores que podem



influenciar tais escolhas. Um aspecto que merece atenção é o da relação entre a mulher soropositiva e a equipe de saúde que a atende.

A assistência à saúde das pessoas que vivem com HIV/aids constitui uma das facetas mais problemáticas em meio à diversidade de desafios trazidos pela infecção. Além das respostas clínicas, a aids requer uma atenção especial da equipe de saúde aos aspectos sociais, psicológicos e econômicos associados à condição de soropositividade. Nesse contexto, os serviços necessitam trabalhar em equipes interdisciplinares visando atender às necessidades psicossociais da pessoa que vive com HIV/aids (Silva, Oliveira, Figueredo, Landroni, Waldman & Ayres, 2002). Além disso, o advento da aids desencadeou reflexões sobre a necessidade de se prestar um atendimento integral ao paciente, tal como propõe o modelo biopsicossocial de atenção à saúde (Reis, 1999; Vásquez, Rodrigues & Álvarez, 1998).

Além da necessidade de uma mudança no padrão interacional da equipe de saúde, a infecção pelo HIV também redimensionou a relação entre profissional de saúde-usuária. Uma vez que a principal via de contaminação desde o início da epidemia entre as mulheres foi a sexual, tornou-se um desafio lidar com aspectos relacionados à sexualidade, muitas vezes permeada por valores morais construídos sócio-historicamente.

No âmbito dos serviços de saúde verifica-se, muitas vezes, a dificuldade do profissional na mediação dos saberes dentro de uma equipe interdisciplinar. Além da dificuldade de comunicação entre os membros da equipe, grande parte dos serviços não favorece, estimula ou contribui para a efetiva participação de seus usuários.

Uma das práticas bastante difundidas principalmente nas ações relacionadas ao HIV/aids é a do aconselhamento. Este processo consiste na escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa, que deve estar pautada na construção de uma relação de confiança

entre o profissional de saúde e a usuária a fim de promover troca de informações sobre o HIV/aids (Ministério da Saúde, 1998; 2005c). Ainda hoje, muitos profissionais de saúde enfrentam dificuldades ao abordar questões relacionadas à sexualidade, DST, aids, saúde reprodutiva e uso de drogas. Essa lacuna muitas vezes acarreta dificuldades de acolhimento às necessidades específicas da mulher, comprometendo a qualidade do atendimento e a adoção do princípio de integralidade (Ministério da Saúde, 2000, 2004).

Buscando identificar os condicionantes que poderiam interferir nas escolhas reprodutivas de gestantes HIV+ focalizando, em particular, o papel desempenhado pelos serviços de saúde sobre o desejo e a realização de laqueadura tubária no pós-parto, foi realizada uma pesquisa em duas capitais brasileiras, através do acesso a 427 prontuários clínicos e entrevistas com 60 mulheres HIV+. A maior parte das entrevistadas nas duas capitais manifestou o desejo de realizar a esterilização logo após o parto (29 mulheres em Porto Alegre e 28 em São Paulo). Entretanto, a discrepância na realização de tal procedimento – 4,4% das mulheres em Porto Alegre foram esterilizadas, ao passo que em São Paulo o percentual chegou a 50,6% – sugere que a cultura médica local parece exercer papel importante sobre as opções reprodutivas dessa população (Barbosa & Knauth, 2003; Knauth, Barbosa, Hopinks, Pegoriano & Fachini, 2002)

No percurso entre o desejo e a realização de suas escolhas, a mulher soropositiva muitas vezes vem encontrando falta de acolhimento da equipe de saúde. É comum o relato da pouca atenção dos serviços a essas questões (Diaz, Schable & Chu, 1995; Santos & cols., 2002). Santos e colaboradores (2002) constataram que 12% de uma amostra de 148 mulheres HIV+ relataram sentir-se destratadas por médicos e outros profissionais de saúde.

Giffin e Lowndes (1999) realizaram estudo em serviços ginecológicos e de pré-natal com o objetivo de investigar relações entre representações de gênero e prática

médica no momento do diagnóstico de Doença Sexualmente Transmissível (DST) em mulheres. As autoras constataram que, mesmo quando as mulheres que procuravam um serviço médico desconfiavam da existência de uma DST, a maior parte dos profissionais não as esclarecia sobre a transmissão sexual da doença, principalmente quando contraída através de seus parceiros estáveis.

Com o objetivo de compreender como estavam sendo tratadas as demandas reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/aids em serviço especializado, Oliveira e França-Junior (2003) verificaram que tais demandas eram vistas com reservas pelos profissionais. A maior parte dos entrevistados referiu-se a uma necessidade de melhoria dos canais de comunicação como possível solução para o que julgaram como ‘falta de entendimento’ entre as usuárias diante da gravidez no contexto da aids. Os autores pontuaram um fato importante, no sentido de que as falhas na comunicação, mencionadas pelos participantes, parecem tratar-se de um conflito entre duas intenções: de um lado as dos profissionais, preocupados apenas com o controle da doença, e de outro as possíveis intenções de demandas reprodutivas dos usuários. Essa diferença de intenções poderia estar interferindo negativamente na comunicação.

Ainda com relação à comunicação entre profissional de saúde e usuária, alguns estudos apontam um dado preocupante: o nível de informação das mulheres HIV+ sobre contracepção e profilaxia da transmissão vertical do HIV é, muitas vezes, inferior ao desejável. Ilustram essa afirmativa os achados da pesquisa desenvolvida por Paiva e colaboradores (2002) realizada em centros de referência em DST e aids de São Paulo, cujos resultados indicaram que 53% das mulheres não tinham sido informadas sobre a existência de práticas contraceptivas mais indicadas.

Diversas investigações salientam o despreparo e a desorientação dos profissionais de saúde que atendem pessoas soropositivas e as conseqüências afetivas

para a pessoa atendida. Barroso, Carvalho, Galvão, Vieira e Barroso (2005) utilizaram a técnica de observação participante para descrever uma interação entre enfermeiro e puérpera com HIV durante procedimentos executados no pós-parto. Verificou-se que a sobrecarga de trabalho pode ser um aspecto dificultador quanto à garantia da qualidade da assistência à paciente, exemplificados no estudo como a ausência de informações adequadas sobre procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde por parte do profissional observado e o não-cumprimento do respeito a aspectos éticos, tais como privacidade e autonomia da paciente soropositiva.

A teoria das representações sociais tem sido bastante utilizada por pesquisadores na tentativa de compreender aspectos psicossociais da interação entre profissionais de saúde e pessoas soropositivas. A representação social de gestantes e puérperas soropositivas quanto à existência de preconceito no atendimento da equipe de saúde em maternidades públicas foi o objeto de análise de alguns pesquisadores (Oliveira, Bezerra, Oliveira & Saldanha, 2005) Os resultados das entrevistas com 20 gestantes e puérperas soropositivas sugeriram a existência de preconceito entre os membros da equipe de saúde incluindo recusa no atendimento às gestantes soropositivas por parte de alguns profissionais.

Estudo desenvolvido com 61 profissionais de saúde que atendiam pessoas soropositivas, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, investigou as representações sociais sobre o atendimento e o tratamento da infecção pelo HIV. Um número expressivo de participantes associou a aids a sofrimento, depressão e morte. O atendimento para esse grupo se resumia à consulta, considerada precária, tendo como principais representações verificadas entre os profissionais da área médica a associação da aids à comportamentos promíscuos do paciente (Ribeiro, Coutinho, Saldanha & Castanha, 2006).

#### **1.4 Direitos reprodutivos de mulheres no contexto do HIV/aids**

Aspectos essenciais da vida humana, tais como a sexualidade, a moral e as relações de gênero passaram a ser questionadas com o advento da aids. O seu crescimento na população feminina, principalmente entre aquelas em idade reprodutiva, impulsionaram a retomada da discussão histórica da luta pelos direitos reprodutivos da mulher. A partir da discussão trazida pelo movimento feminista, que reivindicava a apropriação do seu corpo e sua vivência no campo da reprodução e da sexualidade, foram concebidos os direitos reprodutivos, e com eles surgiu a necessidade de novos instrumentos legais e direitos sociais (Ávila, 1999).

Impulsionada por esse movimento e a partir da Declaração Internacional dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional vem firmando uma série de Convenções Internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua que garantam a consolidação desses direitos. A Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. A partir desta Conferência ficou definido que:

*“os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o seu direito*

*de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (Capítulo VII, § 7.3).*

Desde a década de 40, o Estado brasileiro instituiu formas de proteção aos direitos reprodutivos da mulher quando regulamentou a legislação trabalhista e estabeleceu importantes medidas, tais como a licença maternidade e ações concernentes à amamentação (Decreto de Lei n. 5.452/43 – Consolidação das Leis do Trabalho). No entanto, foi apenas durante o processo de redemocratização da sociedade brasileira que propostas mais abrangentes acerca dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher começaram a surgir no Brasil.

A Constituição Federal Brasileira introduz aspectos importantes relacionados aos direitos reprodutivos. Além de definir a saúde como direito de todos, afirma também princípios de igualdade de gênero. Pautada no princípio fundamental da dignidade humana e da paternidade responsável, assinala que o planejamento familiar é livre decisão do casal, cabendo ao Estado propiciar recursos para o exercício deste direito (art. 226 § 7). No entanto, observa-se que tais direitos são muitas vezes violados, na medida em que grande parte das mulheres não tem acesso a métodos anticoncepcionais eficientes e seguros de forma contínua, a violência sexual ainda faz parte do cotidiano de muitas brasileiras, a dificuldade em negociar com seus parceiros o uso de preservativo coloca-as em situação de maior vulnerabilidade e os índices de mortalidade materna continuam muitos elevados (Viana & Lacerda, 2004).

Um dado importante que demonstra a violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher brasileira é o percentual de laqueaduras tubárias realizadas no país, um dos mais elevados do mundo (Faúndes, Costa, Pádua & Perdigão, 1998; Hardy, Bahamondes, Osis, Costa & Faúndes, 1996). A utilização de esterilizações em

massa, em especial na Região Nordeste, motivou a formação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI). O relatório final desta investigação apontou que o número elevado de cirurgias estaria relacionado à ausência de outras alternativas contraceptivas disponíveis, além de sua utilização em práticas políticas duvidosas voltadas ao controle demográfico ou à busca de votos (Vianna & Lacerda, 2004).

Apesar de ser um dos métodos contraceptivos bastante difundidos no Brasil, um número cada vez maior de mulheres tem-se mostrado arrependida da cirurgia. Um estudo do tipo caso controle foi conduzido na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, a fim de investigar a associação entre mudanças na estrutura familiar e solicitação ou realização de cirurgia de reversão de laqueadura tubária. Para tanto, os pesquisadores compararam 304 mulheres laqueadas que solicitaram/realizaram a reversão de laqueadura tubária com 304 mulheres também laqueadas que não solicitaram, não se submeteram e não desejavam essa cirurgia. Os achados do estudo demonstraram que fatos como morte de filhos, relacionamentos com parceiros sem filhos anteriores à união atual e a mudança de parceiro após a laqueadura estiveram associados com a solicitação ou realização de reversão da laqueadura tubária (Machado, Ludermir & Costa, 2005).

Apesar da existência de legislação brasileira promissora que vai ao encontro dos direitos reprodutivos, um recente projeto de lei (Projeto 4.393/04) pode significar um retrocesso nas conquistas das mulheres brasileiras, em especial das mulheres soropositivas. Este projeto pretende conceder gratuitamente a ligadura de trompas para gestantes HIV+ com o objetivo de diminuir o nascimento de crianças soropositivas, facultando às gestantes, comprovadamente portadoras do HIV, a opção de interromper a concepção de mais filhos. Este projeto tem recebido diversas críticas dos movimentos sociais, que argumentam que esta medida não respeita os direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids.

Mesmo após diversas conquistas femininas relativas às políticas públicas, ainda se verifica um atendimento fragmentado à saúde da mulher em relação às questões reprodutivas. Numa tentativa de romper com a concepção biomédica e tradicional das ações e do sistema de saúde, surge na década de 80 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incorporou idéias feministas à assistência à saúde sexual e reprodutiva pela ótica da integralidade, orientando-se através de um processo educativo participativo e dialógico, eixo norteador das ações de saúde (Corrêa, McIntyre, Rodrigues, Paiva & Marks, 2005). Ao ter como objetivo uma assistência à mulher em todas as fases da vida, esse modelo vai contra a lógica da atenção estritamente materno-infantil que tem predominado no atendimento a essas populações direcionada apenas ao momento da gravidez (Aguiar, 2004; Costa, 1999).

Contudo, desde sua implementação, o PAISM tem tido dificuldades para sua concretização. Aguiar (2004) salienta que a prática de trabalho em equipe com divisão equitativa de poder, tal como preconiza o PAISM, esbarra na hegemonia do saber médico que serve de modelo à estruturação dos serviços de saúde de um modo geral, o que na prática configura em mais uma barreira para a efetivação do programa.

A epidemia de HIV/aids e sua crescente disseminação entre a população feminina vêm atualizar a discussão sobre a ausência de uma visão integral da saúde da mulher. Simões Barbosa (2001), em recente estudo desenvolvido sobre a maternidade no contexto do HIV/aids, entrevistou profissionais de saúde que assistem às gestantes soropositivas e verificou que somente uma profissional conhecia o PAISM. A autora sugere que a aids veio revelar um despreparo dos serviços públicos e, conseqüentemente dos seus profissionais, no que diz respeito à atenção à saúde da mulher, de um modo geral, e da mulher soropositiva, em particular.



Com o objetivo de controlar a transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, e reduzir a morbi-mortalidade entre as gestantes que não foram testadas durante o pré-natal, o Ministério da Saúde criou, em 2002, o Projeto Nascer (Portaria GM/MS nº 2.104 de 19 de novembro de 2002). O projeto reza que durante a estada da mulher na maternidade, devam ser oferecidos, após aconselhamento, realização do teste rápido para detecção do HIV para as gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal. Em caso de resultado reagente, é preconizado que as medidas terapêuticas cabíveis sejam realizadas de imediato.

Alguns movimentos sociais têm criticado o Projeto Nascer, afirmando que este fere o protocolo do parto humanizado, quando explicita que no momento do parto as mulheres não podem tomar decisões sobre procedimentos que não tenham sido previamente conversados. Esta, sem dúvida, se trata de uma questão polêmica que discute a autonomia da mulher e a proteção do conceito.

### **1.5 Contribuições do conceito de gênero para as práticas em saúde no contexto do HIV/aids**

Nas interações sociais, homens e mulheres estão vulneráveis à infecção pelo vírus HIV devido às determinações histórico-culturais, sobretudo no que diz respeito às noções de gênero por eles apreendidas (Lopes, 2003).

Entende-se por gênero o conjunto de normas, valores, costumes e práticas através das quais a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada. Este conceito foi inicialmente utilizado por feministas estadunidenses como uma crítica ao determinismo biológico que buscava explicar as diferenças entre os sexos e tinham como meta “a igualdade na diferença sexual”, na medida em que reivindicava a não-hierarquização das especificidades de homens e mulheres, almejando uma

igualdade social entre os sexos, hoje expressa na noção de “equidade de gênero” (Giffin, 2002).

Um outro questionamento trazido pelas feministas focalizou a *divisão sexual do trabalho*, em que um dos principais atributos da identidade masculina seria o de provedor do lar, enquanto que a identidade feminina estaria intimamente relacionada às suas funções doméstica e reprodutiva.

Atualmente o conceito de gênero é uma das principais ferramentas conceituais para a compreensão da expansão do HIV em todo o mundo. A historiadora estadunidense Joan Scott (1995), em sua clássica definição, considera o gênero como um elemento constitutivo das relações sociais e estaria baseado nas diferenças percebidas entre os sexos. Trata-se, assim, de um modo primário de significar as relações de poder, uma vez que tais diferenças se configuram como desigualdades.

Ainda de acordo com Scott (1995) o gênero seria constituído por quatro sub-elementos: 1) os símbolos culturalmente disponíveis, que evocam representações múltiplas e freqüentemente contraditórias; 2) os conceitos normativos, que colocam em evidência as interpretações do sentido dos símbolos; 3) a conveniência do termo para a análise e interpretação das sociedades modernas, dos sistemas políticos, de parentesco, do mercado de trabalho e da educação; 4) a identidade subjetiva relacionada com as organizações sociais e representações culturais historicamente situadas a partir dessa perspectiva.

Ainda segundo Scott (1995), o conceito relacional de gênero estrutura a percepção e a organização da vida social, na medida em que a distribuição do poder é definida a partir de suas referências, tais como o controle e acesso diferencial aos recursos, tendo implicação na concepção e construção do poder através das diferenças percebidas entre os sexos. Desse modo, abordar as questões de gênero significa refletir

de modo ampliado sob uma ótica que ultrapasse a concepção dos papéis sexuais, pois o gênero, como construção histórica, origina questionamentos em diferentes esferas do domínio social, ocasionando implicações analíticas e políticas, pois provoca a desnaturalização das experiências humanas e a conseqüente dissociação entre o biológico e o social (Guilhem, 2005).

Diversos trabalhos têm apontado as relações entre gênero e HIV/aids (Dowsett, 2006; Monteiro, 1999, 2002). Com frequência esses estudos têm apontado que as relações de gênero são uma das principais responsáveis pelo fato de mulheres, mesmo aquelas com conhecimento razoável sobre as formas de contaminação pelo HIV, terem dificuldades de implementar práticas sexuais preventivas, tais como o uso consistente de preservativo e buscar estratégias para alterar este quadro.

Inserida numa sociedade em que as crenças em um padrão moralmente aceito estão traduzidas na adoção do modelo conjugal e no exercício da maternidade, a credibilidade incondicional depositada nesta concepção é apontada por Guilhem (2005) como extremamente problemática no contexto do HIV/aids. A autora ressalta que diante das reflexões sobre moralidade imposta pela disseminação do vírus HIV na população, especialmente entre as mulheres, faz-se necessário o questionamento de algumas normas sociais, tais como a necessidade de abandonar o conforto e a segurança da ilusão da união estável.

Diversos trabalhos têm investigado as representações sociais de mulheres com parceria estável (Giacomozzi & Camargo, 2004; Nascimento, Barbosa & Medrado, 2005; Silveira, Béria, Horta & Tomasi, 2002). No contexto familiar, a união conjugal é vista por muitas mulheres como um templo sagrado onde não há espaço para questionamentos ou mudanças de atitudes. Mesmo com o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis, a percepção é de que se trata de problemas inerentes à

mulher que possui vida sexual ativa, mesmo se esse agravo surgir em decorrência de possíveis relações do parceiro fora do casamento (Nascimento & cols., 2005). Esse aspecto foi corroborado por pesquisa realizada na região Sul do Brasil com uma amostra de 1.543 mulheres, em que 64% achavam impossível ou quase impossível adquirir o vírus HIV, apesar de 72% ter relatado que não haviam utilizado preservativo na última relação sexual (Silveira & cols., 2002).

Além disso, as condições de desigualdade entre os gêneros colocam muitas mulheres em situação de vulnerabilidade ainda maior: apesar do significativo aumento da oferta gratuita dos preservativos, estes ainda não estão acessíveis a toda a população, principalmente o cóndom feminino. Como agravante, muitas mulheres têm dificuldade de negociar o uso do preservativo com os parceiros, ora por se considerarem protegidas em decorrência das relações estáveis, ora porque a exigência de que o parceiro use preservativo pode acarretar ameaça de rompimento da relação.

Estudo intitulado “Quando um não quer, dois não brigam” (Geluda, Bosi, Cunha & Trajman, 2006), analisou aspectos envolvidos no uso não consistente do preservativo masculino por adolescentes cariocas através da técnica de grupos focais. A dupla moral vigente (confiança entre os parceiros e a fidelidade) foi relacionada à auto-estima feminina, enquanto que a infidelidade masculina seria algo tolerado. Ainda assim, a maioria das adolescentes acreditava estar envolvida em relações monogâmicas onde não seria necessário o uso de preservativo. A confiança, baseada na fidelidade e na parceria fixa e única, dificultaria a negociação do uso do preservativo, pois a solicitação de práticas sexuais seguras poderia ser entendida como uma revelação de traição e/ou a desconfiança do parceiro. Essa crença é bastante preocupante quando consideramos que a transmissão pelo HIV em pessoas com parcerias estáveis vem crescendo.

## 1.6 Vulnerabilidade e HIV/aids

Durante a primeira década da epidemia diversos estudos epidemiológicos buscavam ativamente catalogar os fatores de risco associados à nova doença. Inicialmente, a terminologia “fator de risco” foi emprestada aos grupos sociais de onde emergiram os primeiros casos – homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Ou seja, de categorias analíticas importantes, o fator de risco transmutou-se no conceito operativo de “grupos de risco”. As pessoas pertencentes a esses grupos foram vistas por muito tempo como as únicas susceptíveis à doença e, por conseguinte, potencialmente perigosas (Ayres, França-Junior, Calazans & Saletti-Filho, 1999; Lopes, 2003).

Ainda na primeira metade da década de 90, a idéia de grupos de risco passou a ser criticada. Em substituição surgiu a noção de comportamentos de risco, que buscou identificar características individuais capazes de maximizar a susceptibilidade de indivíduos (Ayres & cols., 1999; Lopes, 2003). Este conceito, mais abrangente, buscou retirar o peso do estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada e universalizar a preocupação com o problema, estimulando um ativo envolvimento individual com a prevenção. Embora mais avançada e menos rotuladora, a idéia de comportamentos de risco também apresentava limitações, pois, centrada na responsabilidade e proteção individuais, esta noção desconsiderava a construção sociocultural do risco (Lopes, 2003).

Diante da mudança de padrão da infecção em todo o mundo, tais conceitos deram sinais de esgotamento e de seu limitado potencial de intervenção social, visto que acirravam os estigmas e contribuía para emergir reações de discriminação e preconceito. É, portanto, nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade se desenvolve, trazendo grandes contribuições para a compreensão da pandemia na medida

em que considera que a chance de exposição das pessoas à infecção pelo HIV resulta de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e institucionais que acarretam maior ou menor susceptibilidade à pessoa.

O conceito de vulnerabilidade, proveniente do estudo dos direitos humanos, designava originalmente, “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania” (Ayres & cols., 1999, p. 118) No campo da aids, esse referencial teórico-conceitual ganhou novas dimensões a partir da publicação *AIDS in the World* (Mann, Tarantolla & Netter, 1992). Os autores partiram do pressuposto de que todas as pessoas seriam vulneráveis ao HIV, considerando aspectos ambientais, valores pessoais, níveis de exclusão social, cultural e econômica. Uma importante contribuição dessa nova perspectiva, que se tornou um importante passo no caminho da produção de conhecimento efetivamente interdisciplinar e da construção de intervenções abrangentes e eficazes, foi a possibilidade de superar uma contradição entre “grupos de risco” e a “população em geral”, pela mudança da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade.

Os autores desenvolveram, portanto, um quadro de referências para a avaliação das vulnerabilidades à infecção pelo HIV e ao adoecimento por aids. Com essa finalidade, definiram três planos interdependentes de análise: 1) o *componente individual*, que diz respeito ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre o problema, à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos e ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras; 2) o *componente social ou coletivo*, que está relacionado à obtenção de informações, às possibilidades de incorporá-las em mudanças práticas, o que não depende apenas do indivíduo, mas

também de outros aspectos tais como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, podendo influenciar decisões políticas, e 3) *componente programático*, que estaria mais relacionado à disponibilização efetiva e democrática de recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos (Ayres & cols., 1999; Mann & cols., 1992).

O conceito de vulnerabilidade tem sido bastante utilizado na compreensão da dinâmica da epidemia do HIV/aids, pois permite, ainda que de modo prescritivo, a ampliação dos horizontes éticos e políticos na medida em que salientam a importância dos valores culturais no curso da epidemia (Guilhem, 2005).

Outra questão refere-se ao fato de que, do ponto de vista biológico, as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV: a superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, além do fato de que este tem uma concentração do vírus significativamente maior que o líquido vaginal. Esta vulnerabilidade se acentua em mulheres mais jovens, nas quais a imaturidade do aparelho genital determina fragilização adicional frente à infecção ao HIV (Bastos & Szwarcwald, 2000). Além da dimensão biológica, a vulnerabilidade feminina frente à infecção pelo HIV é influenciada pelas questões socioculturais de gênero.

Assim, em um contexto que evidencia a influência dos padrões culturais no avanço da epidemia do HIV entre as mulheres, a vulnerabilidade é compreendida como “elemento resultante da conjunção de aspectos individuais, programáticos, sociais e culturais, interdependentes e mutuamente influenciáveis, que assumem pesos e significados diversos ao longo do tempo e determinariam o grau de susceptibilidade e condições de respostas de indivíduos e comunidades em relação ao HIV/aids” (Guilhem, 2005, p.63). De acordo com Guilhem (2005), a vulnerabilidade poderia ser considerada como momentânea (a vulnerabilidade circunstancial) ou um estado

permanente (a vulnerabilidade permanente), na medida em que mantém uma relação direta com a aquisição de poder individual e coletiva permitindo a apropriação de instrumentos e habilidades e o questionamento de valores tradicionalmente aceitos que influenciam sobremaneira o enfrentamento da epidemia. Destaca-se, como uma das principais contribuições desse conceito, sua ênfase na dimensão cultural da vulnerabilidade, principalmente no que diz respeito aos aspectos morais envolvidos. Assim, a desigualdade de gênero na qual a mulher se insere contribui para mantê-la num estado de vulnerabilidade permanente diante do vírus HIV, seja no espaço conjugal, familiar ou social.

A desigualdade de poder nas relações afetivas transforma a mulher em uma pessoa altamente vulnerável à infecção por HIV do ponto de vista individual, social e programático. Assim, observa-se que a desigualdade de gênero antecede a situação de vulnerabilidade e esta, por sua vez, antecede o risco de contrair o HIV, assim como influencia o curso da doença (Azevedo, 2005).

Apesar dos investimentos no campo da prevenção, muitas mulheres não se percebem em risco para o HIV. A guisa de ilustração, investigação qualitativa analisou a percepção do risco de mulheres infectadas pelo HIV anterior ao resultado positivo para esta patologia. Dentre as 26 entrevistadas, 14 haviam feito o teste impulsionadas pelo adoecimento do filho ou do parceiro. Descobrir a soropositividade pelo próprio adoecimento ou dos familiares pode indicar, entre outras possibilidades, o quanto se julgavam pouco vulneráveis à infecção. Ao receber o resultado, nenhuma acreditava estar infectada, apesar de algumas já apresentarem sintomas iniciais da enfermidade. Oito entrevistadas relataram que não tinham tido relações sexuais após a descoberta do diagnóstico. Dentre as que permaneceram com vida sexual ativa, foram referidas



dificuldades de negociar o uso do preservativo, permitindo concluir que a condição de vulnerabilidade permanece após a infecção (Alves, Kovács, Stall & Paiva, 2002).

### **1.7 Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas: a relevância do estudo**

Em 2006, estima-se que 17,7 milhões de mulheres adultas foram infectadas pelo HIV em todo o mundo, o que representa um aumento de mais de um milhão de casos desde 2004 (UNAIDS, 2006). No Brasil, no conjunto de séries históricas desde os primeiros anos da epidemia, foram notificadas 142.138 mulheres com aids, sendo que 81,5% encontravam-se na faixa dos 20 aos 49 anos de idade (Ministério da Saúde, 2006).

É interessante notar que até o final da década de 80, as mulheres ainda não haviam adquirido ‘visibilidade’ no contexto da expansão da epidemia. Somente quando a comunidade científica reclassificou um enorme contingente de mulheres categorizadas na rubrica ‘outros’ nos dados epidemiológicos coletados verificou-se que estas estavam em situação de vulnerabilidade ao vírus desde o início da epidemia (Nascimento & cols., 2005; Simões-Barbosa, 2001; Vermelho, Simões-Barbosa & Nogueira, 1999).

Os avanços tecnológicos da medicina e a síntese de novos medicamentos anti-retrovirais proporcionaram uma melhora significativa da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Os resultados do protocolo ACTG 076 e de estudos subseqüentes trouxeram perspectivas animadoras na prevenção da transmissão vertical do HIV, tornando a gravidez no contexto da soropositividade algo possível, e com riscos muito baixos, se associada a procedimentos de profilaxia para essa modalidade de transmissão.

No entanto, estudos indicam que mulheres soropositivas têm menos filhos que a população feminina em geral, possuem maiores taxas de esterilização, o que pode sugerir uma negligência aos seus direitos reprodutivos. Sendo assim, faz-se necessária

uma atualização da discussão sobre os direitos reprodutivos de mulheres no contexto da soropositividade.

Um outro aspecto é que muitas das ações desenvolvidas pelas políticas públicas de saúde, em especial no que tange à prevenção da transmissão vertical do HIV, priorizam o feto em detrimento da mulher (Aguiar, 2004; Costa, 1999).

Considerando que os comportamentos de escolha reprodutiva se modificam ao longo de uma história de vida, e são fortemente conectados às redes socioculturais nas quais as pessoas estão inseridas, foi focalizada, neste estudo, a percepção das mulheres soropositivas quanto a este processo. É, portanto, diante da complexidade desse tema que o estudo se justifica, na medida em que se buscou fornecer elementos que pudessem contemplar questões relevantes acerca dos efeitos da soropositividade sobre essas escolhas. Espera-se ainda, contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, com possíveis repercussões positivas na qualidade dos serviços em HIV/aids.

Assim, tendo em vista a literatura revisada e a experiência profissional da pesquisadora na área, algumas questões nortearam essa investigação, a saber:

- As mulheres soropositivas, atendidas na rede pública de saúde do Distrito Federal, possuem conhecimentos e informações sobre contracepção e prevenção da transmissão vertical do HIV?
- A soropositividade interfere em suas escolhas reprodutivas?
- A condição sorológica do parceiro tem influência nesse processo de decisão?
- A equipe de saúde tem sido percebida como espaço favorável para a discussão e acolhimento de suas opções?

Tais questões auxiliaram na elaboração dos objetivos deste estudo, que foram:

- Investigar os efeitos da condição de soropositividade sobre as escolhas reprodutivas de mulheres que vivem com HIV/aids, residentes no Distrito Federal;
- Identificar e descrever crenças e percepções que estejam influenciando esse processo de escolha, segundo relatos de mulheres vivendo com HIV/aids;
- Compreender em que medida os conhecimentos sobre formas de transmissão do HIV, transmissão vertical e contracepção, bem como a relação com a equipe de saúde, influenciam o processo de escolhas reprodutivas das participantes.

## II. MÉTODO

### 2.1 Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento qualitativo e de corte transversal, que utilizou entrevista individual semi-estruturada como técnica de coleta de dados.

A pesquisa qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que tem por finalidade descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Amplamente usada nas ciências humanas e sociais, a abordagem qualitativa também tem sido bastante utilizada na pesquisa em saúde (Pope & Mays, 2005).

A pesquisa define-se como qualitativa, entre outros aspectos, pela maneira como os dados são construídos mediante a relação estabelecida entre pesquisador e pessoa pesquisada. Tendo em vista o caráter interativo da construção do conhecimento, a interação entre pesquisador-pesquisado é um dos principais alicerces da abordagem qualitativa (González-Rey, 2002).

No intuito de estudar os fenômenos psicossociais, a abordagem qualitativa busca compreender os significados atribuídos pelas pessoas a suas experiências no mundo social. É possível destacar algumas de suas características essenciais: o uso do ambiente natural como fonte direta de dados, a postura do pesquisador como co-construtor do conhecimento, o caráter descritivo da pesquisa, além de que crenças e percepções das pessoas são as principais questões da investigação qualitativa.

A partir de tais pressupostos, optou-se pelo uso da metodologia qualitativa para investigar as crenças e percepções de mulheres soropositivas quanto ao processo de escolhas reprodutivas. A opção por este método esteve pautada, ainda, no caráter

exploratório do estudo, sem a pretensão de identificar visões representativas da população como um todo.

## **2.2 Local**

Este estudo insere-se no contexto de serviços públicos de saúde do Distrito Federal. No intuito de obter uma maior abrangência entre as mulheres pesquisadas, optou-se por uma diversificação dos locais em que foram realizados os convites, sendo dois serviços públicos de saúde e uma organização não governamental (ONG).

Dentre os serviços públicos, foram selecionados o Hospital Universitário de Brasília (HUB), onde funciona o Projeto Com-Vivência, e o Centro de Saúde de Brasília nº1/Unidade Mista, por serem referência no atendimento em HIV/aids no Distrito Federal.

O HUB, hospital escola da Universidade de Brasília, possui cerca de 200 leitos, pronto-socorro, além de serviços diagnósticos e laboratoriais diversos. Conta com equipe de médicos infectologistas que atende a pessoas vivendo com HIV/aids, além de outras especialidades médicas que também prestam assistência a essa clientela (pediatria, ginecologia-obstetrícia, dermatologia, neurologia, entre outras). O Com-Vivência (Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV/aids e Familiares) é um projeto de extensão universitária de ação contínua desenvolvido por professores do Departamento de Serviço Social e do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, desde 1996. A equipe de psicólogos e assistentes sociais do Com-Vivência atua de modo integrado à equipe médica e aos demais profissionais do HUB que prestam assistência a pessoas soropositivas. A clientela habitualmente atendida pela equipe interdisciplinar é de pessoas portadoras do HIV/aids, seus familiares e pessoas significativas da rede de suporte social. Os serviços são oferecidos também à população em geral que necessite de orientação ou

aconselhamento, visando a realização do teste sorológico para o HIV e a adoção de comportamentos preventivos e de sexo-seguro, além de atender às mulheres soropositivas gestantes, realizando ações voltadas para a prevenção da transmissão vertical junto ao pré-natal (Carvalho, Seidl, Lima & Silva, 1999; Seidl, Carvalho & Silva, 1999). No HUB há atendimento ambulatorial e de internação (pronto-socorro e enfermaria) a essa clientela, sendo que havia cerca de 300 pacientes HIV+ em acompanhamento no período em que a pesquisa foi realizada.

O Centro de Saúde de Brasília nº1 é uma das oito unidades de referência em DST/aids vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e presta atendimento médico e psicossocial a pessoas que vivem com HIV/aids, entre outras áreas como gineco-obstetrícia, programa de tuberculose, pediatria. Localizado na Regional Sul de Saúde, esta unidade é composta por um ambulatório e um hospital-dia que funcionam de modo integrado, na área do HIV/aids. Foi o primeiro Centro de Saúde de Brasília, fundado em 1959. No ano de 1999 foi implantado o ambulatório de acompanhamento em DST/aids (Azevedo, 2005). Informações apontam aproximadamente 1200 pacientes HIV+ em acompanhamento nessa unidade de saúde, no período em que o estudo foi realizado.

Além dos dois serviços públicos de saúde, foram realizados convites na Associação Brasiliense de Combate à Aids - Grupo Arco Íris, entidade que luta pelos direitos de pessoas soropositivas no DF. Trata-se de uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, fundada em dezembro de 1990 com o objetivo de prestar apoio a pessoas soropositivas e seus familiares. O Grupo Arco Íris possui atualmente cerca de 120 pessoas vinculadas ao programa, tendo como eixos de ação a prevenção, assistência e controle social. Realiza periodicamente intervenções educativas em escolas, empresas e grupos comunitários; atendimento especializado a pessoas que

vivem com HIV/aids; oficinas de produção e comercialização de produtos artesanais; orientação e aconselhamento em DST/HIV/aids; ações de controle social, tais como participação em conselhos, comitês e fóruns, além do *marketing* social de preservativo.

### **2.3 Participantes**

Participaram do estudo 30 mulheres soropositivas, que constituíram uma amostra de conveniência. A composição da amostra pesquisada se deu de forma consecutiva e intencional, até completar o número estimado previamente, de acordo com os objetivos do estudo e o delineamento metodológico. Estariam aptas a participar mulheres em idade reprodutiva (entre 18 e 45 anos), que não estivessem internadas ou não tivessem tempo de diagnóstico inferior a seis meses, pois o impacto psicológico da internação e/ou da descoberta recente poderiam influenciar negativamente as respostas das participantes. Três mulheres recusaram-se a participar do estudo. A caracterização sociodemográfica das participantes, bem como seus aspectos médico-clínicos, estão descritos na seção Resultados.

### **2.4 Instrumento**

Foi realizada entrevista semi-estruturada, com quatorze questões abertas. Para a elaboração do roteiro de entrevista, foi realizado um estudo piloto (Sant'Anna, Seidl & Galinkin, no prelo) com mulheres atendidas em serviços de saúde pública do Distrito Federal, respeitando as normas de pesquisas com seres humanos (Ministério da Saúde, 1996), incluindo a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os relatos foram gravados em áudio e transcritos para análise posterior.

Além do estudo piloto, foi realizada uma busca por temas relacionados ao objeto de estudo e recorrentes na literatura disponível, tais como documentos da Coordenação

Nacional de DST/aids do Ministério da Saúde (MS), e da produção científica atual indexada em bases de dados nacionais e internacionais.

O roteiro de entrevista (Anexo 1) abordou questões referentes ao nível de conhecimento e informações sobre formas de transmissão do HIV, incluindo a transmissão vertical, profilaxia e riscos; percepção sobre a reação social das pessoas em geral e da equipe de saúde quanto ao direito reprodutivo da mulher soropositiva; impacto da soropositividade sobre as escolhas reprodutivas e, por fim, expectativas relacionadas ao papel da equipe na promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem com HIV/aids. Informações sobre dados sociodemográficos e médico-clínicos também foram investigados, constituindo uma parte mais estruturada do questionário.

## **2.5 Aspectos éticos e procedimentos de coleta**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sendo aprovado por ambos conforme processos números 009/2006 e 738/2006, respectivamente (Anexos 2 e 3).

De acordo com os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos (Ministério da Saúde, 1996), foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4) para ser apresentado às participantes, reiterando os objetivos do estudo, duração estimada da entrevista e convidando-as a participar. O sigilo quanto às informações fornecidas, bem como a voluntariedade da participação foram explicitados. A gravação em áudio dos relatos foi efetuada após autorização das participantes que assinaram o termo em duas vias, sendo que uma cópia ficou com a coordenação da pesquisa e a outra com a participante, contendo informações sobre o estudo e telefones



para contato com a pesquisadora ou com os Comitês de Ética em Pesquisa, caso houvesse interesse.

As entrevistas foram realizadas entre abril e dezembro de 2006 pela pesquisadora principal. Nos serviços de saúde, o convite às participantes foi feito nas salas de espera em dias de atendimento médico ou psicossocial. Nos dois locais foram disponibilizadas salas que garantiram privacidade e conforto para a realização das entrevistas. Na ONG, os convites foram realizados nos grupos de apoio pela pesquisadora. Para aquelas que demonstraram interesse, foi agendado um horário para a realização da entrevista nas dependências do Projeto Com-Vivência, visto que na ONG não havia a disponibilidade de local apropriado. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente e o tempo médio de realização foi de quarenta minutos.

Pesquisas que se propõem a abordar questões dessa natureza podem gerar demandas de atendimento no contexto da entrevista. Em alguns casos, ao término da entrevista foram disponibilizadas informações, orientação e/ou aconselhamento sobre a temática, bem como foram oferecidas referências para atendimento médico, psicológico e/ou social em serviços qualificados da rede pública de saúde.

## **2.6 Análise de dados**

Por se tratar de uma abordagem qualitativa, os dados colhidos foram interpretados a partir dos relatos das participantes, por meio de análise de conteúdo, definida por Bardin (1977) como:

*“(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (...). A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”* (pág. 38).

As entrevistas foram primeiramente transcritas na íntegra. Procedeu-se, então, a uma leitura flutuante do *corpus*. Os relatos verbais foram analisados e categorizados a partir de seu conteúdo, por dois pesquisadores de modo independente (a pesquisadora e a orientadora), visando concordância igual ou superior a 70% para a identificação, nomeação e frequência das categorias. Procedeu-se ainda à seleção de trechos de relatos das mulheres participantes como exemplos das categorias.

Os dados sobre caracterização sociodemográfica e médico-clínica das participantes foram analisados com base na utilização do *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 14, quanto à frequência, com base em técnicas estatísticas descritivas. Algumas respostas oriundas de questões abertas, após categorização e verificação de frequência, foram incluídas no banco de dados do SPSS.

### III. RESULTADOS

A apresentação dos resultados está disposta em tópicos, iniciando pela caracterização sociodemográfica e médico-clínica, seguidos do nível de conhecimento sobre formas de transmissão do HIV, transmissão vertical e procedimentos profiláticos, percepção dos efeitos da condição de soropositividade nas escolhas reprodutivas das mulheres e influência da equipe de saúde sobre tais escolhas.

#### 3.1 Caracterização sócio-demográfica e médico-clínica das participantes

A idade das participantes variou entre 18 e 44 anos ( $M=33,2$   $DP=6,67$ ). Quanto ao nível de escolaridade, metade das participantes havia cursado até o ensino médio completo, 46,7% ( $n=14$ ) haviam cursado até o ensino fundamental e apenas uma participante (3,3%) havia terminado o nível superior. Com relação à cor da pele, 43,4% ( $n=13$ ) das participantes se auto-referiram negras, 33,3% ( $n=10$ ) se consideraram pardas e 23,3% ( $n=7$ ) brancas.

Verificou-se que o tempo de descoberta do diagnóstico apresentou variação ampla: de um ano e dois meses a dezesseis anos, sendo que mais de 60% das participantes ( $n=18$ ) tinham descoberto sua condição sorológica no período compreendido entre um a cinco anos.

Quase metade das mulheres ( $n=14$ ; 46,7%) referiu que a descoberta de sua sorologia para o HIV ocorreu em consequência do adoecimento ou morte do companheiro. A detecção do vírus durante o pré-natal ou antes da realização do parto ( $n=5$ ; 16,7%), o adoecimento da mulher em decorrência da aids ( $n=5$ ; 16,7%), o adoecimento ou morte de filho ( $n=3$ ; 10%) e a detecção do vírus mediante doação de sangue ( $n=3$ ; 10%) foram os outros meios relatados pelas participantes para a descoberta do diagnóstico (Tabela 1).

**Tabela 1.** Circunstâncias da descoberta da sorologia positiva para o HIV, segundo relatos das mulheres participantes (N=30).

<b>Categorias</b>	<b>f(%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Adoecimento ou morte do companheiro	14 (46,6)	<i>“Tem cinco anos. Meu esposo que transmitiu pra mim. Ele ficou doente e internou. Ele não sabia que tinha. Ele vinha passando mal até que os médicos pediram um HIV pra ele e deu positivo. Aí, os médicos pediram o meu. Eu não gosto nem de lembrar desse dia. Foi muito triste”</i> (P18, 37 anos, vive com parceiro HIV+ há 10 anos, 5 anos de diagnóstico, possui 1 filho HIV-).
Deteção do vírus no pré-natal ou durante o trabalho de parto	5 (16,7)	<i>“Fizeram meu pré-natal, mas não me disseram nada. Só descobri no hospital, na hora de ter meu filho, um pouco antes de fazer meu parto. Eu não senti nada na hora porque eu nem mesmo acreditei”</i> (P17, 18 anos, vive com parceiro HIV- há 5 anos, 1 ano e 9 meses de diagnóstico, possui 1 filho HIV-).
Adoecimento da mulher em decorrência da aids	5 (16,7)	<i>“Descobri tem 11 anos. Eu comecei a passar mal, a emagrecer. Quando eu descobri tinha uma filha pequena, ainda de colo. Me levaram pro hospital e fiquei internada por causa de uma tuberculose e da tuberculose descobriram que eu tava com o vírus. Eu não imaginava nunca que pudesse ser essa doença”</i> (P20, 42 anos, vive com parceiro há 5 anos, não sabe a sorologia do parceiro, 11 anos de diagnóstico, 2 filhos, um falecido em decorrência do HIV).
Adoecimento ou morte de filho	3 (10)	<i>“Descobri em 2004, quando minha menina morreu. Ela tinha HIV e a gente não sabia (...) depois que vi minha filha morrer eu não me perdôo”</i> (P13, 39 anos, sem parceiro, 3 anos de diagnóstico, 1 filho falecido em decorrência do HIV).
Doação de sangue	3 (10)	<i>“Há um ano e meio que eu sei. Eu fui fazer um exame de sangue pela empresa, numa campanha de prevenção. Me interessei e fui. Aí, quando eu peguei o exame, deu que eu era positiva”</i> (P16, 27 anos, vive com parceiro HIV+ há 8 meses, 1 ano e meio de diagnóstico, sem filhos).

Dentre as 30 participantes, 76,7% (n=23) faziam uso de medicação anti-retroviral. Com relação à revelação do diagnóstico, 70% (n=21) haviam contado sua condição sorológica para familiares, 6,7% (n=2) contaram para amigos e 23,3% (n=7) das participantes relataram que não tinham contado para ninguém a sua condição sorológica.

Quanto à situação conjugal, 66,7% (n=20) das participantes estavam convivendo com parceiro no momento da entrevista, sendo que o tempo de relacionamento variou

de oito meses a quatorze anos. Com relação à sorologia do companheiro dessas 20 mulheres, nove (45%) referiram que seu parceiro era soropositivo para o HIV, nove (45%) delas informaram que estes eram soronegativos e duas (10%) participantes não souberam informar. Duas mulheres (10%) das que estavam com parceiro no período da entrevista não haviam revelado ao companheiro sua condição sorológica. O motivo principal explicitado para a não revelação do diagnóstico estaria no medo de rejeição, exemplificado no relato de uma participante:

*“Ainda não tive coragem de contar, sei que to sendo errada, mas acho que se ele soubesse não ficaria comigo. De vez em quando ele solta assim, que jamais se envolveria com alguém que tivesse essa doença, então, como é que eu conto?”* (P3, 36 anos, 6 anos de diagnóstico, vive com parceiro HIV- há 3 anos e meio, possui um filho HIV-).

Vinte e uma participantes (70%) tinham filhos, sendo que 53% (n=16) tinham entre um e três filhos e 13,4% (n=4) referiram ter quatro ou mais. Com relação à condição sorológica dos filhos, 66,6% (n=14) das mulheres referiram filhos soronegativos para o HIV, 19% (n=4) referiram filhos soropositivos e 14,4% (n=3) não haviam testado suas crianças. Um dos principais motivos alegados para a não testagem referiu-se ao medo de ter contaminado a criança através da transmissão vertical. O relato abaixo ilustra essa posição:

*“Não testei eles. Eu não sei se eles têm ou não. Não tenho coragem. Os médicos já me explicaram que seria bom fazer, mas eu não tenho coragem. (...) hoje eu sou aidética, e só de pensar que um de meus filhos também pode ser aidético, pode ter essa doença... isso é uma coisa que eu não descanso dia nenhum”* (P11, 35 anos, 5 anos de diagnóstico, sem parceiro, possui 2 filhos com sorologia desconhecida).

Quanto ao uso de medidas contraceptivas, sete mulheres (23,3%) haviam realizado laqueadura tubária. Devido a este fato, relataram dificuldade em negociar com o parceiro o uso do preservativo nas relações sexuais e referiram uso inconsistente do

mesmo. É digno de nota que 30% ( $n=9$ ) das participantes relataram a abstinência ou redução do número de relações sexuais como medida contraceptiva, o que pode sinalizar a presença de dificuldades na vivência da sexualidade após o diagnóstico de soropositividade para o HIV. O uso do preservativo masculino foi mencionado por 63,3% ( $n=19$ ) das mulheres, entretanto, nem sempre de modo consistente. O uso do preservativo feminino não foi mencionado por nenhuma participante. Três participantes (10%) referiram que um dos motivos para o uso inconsistente do preservativo nas relações sexuais estaria no fato de que a camisinha freqüentemente estoura durante o ato sexual, ou que o tamanho do preservativo não se adequaria ao pênis do parceiro, ocasionando queixas do companheiro. O uso de contraceptivo oral foi referido apenas por uma participante. Muitas mulheres referiram dificuldade em fazer uso do contraceptivo oral por se sentirem sobrecarregadas com o número de drogas anti-retrovirais que tomavam diariamente

A caracterização das participantes quanto a alguns aspectos sociodemográficos e médico-clínicos está resumida na Tabela 2.

**Tabela 2.** Caracterização sociodemográfica e médico-clínica das participantes (N=30).

Variáveis	f (%)	
Idade	18 a 22 anos	3(10)
	23 a 27 anos	4(13,4)
	28 a 32 anos	8(26,6)
	33 a 37 anos	11(36,6)
	38 a 42 anos	2(6,7)
	43 a 45 anos	2(6,7)
Escolaridade	Ens. fund. incomp. ou completo	14 (46,7)
	Ens. médio incomp. ou completo	15 (50)
	Ens. superior incomp. ou completo	1 (3,3)
Cor da pele auto-referida	Branca	7 (23,3)
	Parda	10 (33,3)
	Negra	13 (43,4)
Tempo de descoberta do diagnóstico	De 1 a 5 anos	18 (60)
	De 6 a 10	7 (23,4)
	Mais de 11 anos	5 (16,6)
Situação conjugal	Vive com parceiro	20 (66,7)
	Vive sem parceiro	10 (33,3)
Sorologia do parceiro (n=20)	Soropositiva	9 (45)
	Soronegativa	9 (45)
	Desconhecida	2 (10)
Número de filhos	Nenhum	10 (33,3)
	1 a 3	16 (53,3)
	4 ou mais	4 (13,4)
Sorologia do(s) filho(s) (n=21)	Soropositiva	4 (19)
	Soronegativa	14 (66,6)
	Desconhecida	3 (14,4)

### 3.2 Nível de conhecimento sobre formas de transmissão do HIV, transmissão vertical e procedimentos profiláticos

Foi investigado o nível de conhecimento das participantes sobre as formas de transmissão do HIV, conhecimentos sobre riscos de transmissão vertical e os procedimentos profiláticos preconizados.

O primeiro componente de informação analisado diz respeito às formas de transmissão do vírus HIV, para os quais foram estabelecidos três níveis de conhecimento. Foi considerado nível satisfatório quando os relatos, de modo espontâneo, contemplaram a possibilidade de transmissão sexual desprotegida, a transmissão sanguínea e a possibilidade de transmissão vertical do HIV; nível de

conhecimento regular incluiu relatos sobre duas das três categorias de transmissão; e nível de conhecimento precário quando o relato da participante contemplou apenas um ou nenhum dos modos de transmissão possíveis do HIV. Apenas quatro mulheres (13,4%) apresentaram nível satisfatório de conhecimento sobre formas de transmissão do HIV, referindo espontaneamente as três categorias de exposição como formas de adquirir o vírus HIV. A maior parte das participantes ( $n=21$ ; 70%) foi classificada como tendo um nível regular de conhecimento e 16,6% ( $n=5$ ) tinham conhecimento precário sobre modos de transmissão do HIV. A Tabela 3 apresenta as categorias, suas definições, frequência e exemplos de relatos.

**Tabela 3.** Distribuição das participantes quanto ao nível de conhecimento sobre formas de transmissão do vírus HIV ( $N=30$ ).

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>f (%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Nível de conhecimento satisfatório	Relatos que contemplaram a possibilidade de transmissão sexual desprotegida, a transmissão sanguínea e a transmissão vertical do HIV.	4 (13,4)	<i>“(...) relação sexual sem camisinha, principalmente relação anal, transfusão de sangue, transmissão da mãe para o filho (...)”</i> (P29, 23 anos, vive com parceiro HIV+ há 2 anos, 1 ano de diagnóstico, não possui filhos).
Nível de conhecimento regular	Relatos que contemplaram duas dentre as três categorias de transmissão do HIV.	21 (70)	<i>“Sexo sem camisinha, drogas, transfusão de sangue, tudo que envolve sangue”</i> (P7, 34 anos, vive com parceiro HIV+ há 14 anos, 5 anos de diagnóstico, não possui filhos). <i>“Sexo, drogas e transfusão de sangue. Acho que só”</i> (P13, 39 anos, sem parceiro, 2 anos de diagnóstico, 1 filho, falecido em decorrência do HIV).
Nível de conhecimento precário	Relatos que contemplaram um ou nenhum dos modos de transmissão.	5 (16,6)	<i>“Pode ser por injeção, por alicate de unha, corte, algum corte que a pessoa tenha”</i> (P21, 32 anos, vive com parceiro HIV- há 8 anos, 9 anos de diagnóstico, possui 5 filhos HIV-).

Também foi investigado o nível de conhecimento das participantes sobre a transmissão vertical do HIV. Para categorizar esse nível de conhecimento, foram estabelecidas três modalidades de resposta: nível de conhecimento satisfatório, com relatos que contemplaram a possibilidade de transmissão na gestação, durante o parto e durante a amamentação. Foi considerado um nível de conhecimento regular quando a



participante relatou duas das três categorias de transmissão descritas acima. O nível de conhecimento precário foi caracterizado quando o relato da participante contemplou apenas um ou nenhum dos modos de transmissão vertical. Apenas três mulheres contemplaram, espontaneamente, todas as possibilidades de transmissão do HIV de uma mulher soropositiva para o seu filho, 46,6% ( $n=14$ ) apresentaram nível regular e 43,4% ( $n=13$ ) nível precário de conhecimento sobre esse tema. A classificação, sua frequência e exemplos de relatos estão descritos na Tabela 4.

**Tabela 4.** Distribuição das participantes quanto ao nível de conhecimento sobre transmissão vertical do HIV ( $N=30$ ).

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>f (%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Nível de conhecimento satisfatório	Relatos que contemplaram a possibilidade de transmissão na gestação, durante o parto e na amamentação.	3 (10)	“Ah, na barriga (..) e no parto. E na amamentação também, né? Porque a gente não pode amamentar” (P11, 35 anos, sem parceiro, 5 anos de diagnóstico, possui 2 filhos com sorologia desconhecida para o HIV).
Nível de conhecimento regular	Relatos que contemplaram dois dentre os três componentes de transmissão vertical do HIV	14 (46,6)	“No parto, na amamentação, eu acho que só, né?” (P2, 42 anos, sem parceiro, 13 anos de diagnóstico, possui 1 filho com sorologia desconhecida para o HIV).
Nível de conhecimento precário	Relatos que contemplaram um ou nenhum dos modos de transmissão vertical do HIV.	13 (43,4)	“Pega na barriga, né, o filho é formado por tudo do pai e da mãe, o neném tá com o sangue da mãe, com o cordão umbilical” (P12, 28 anos, sem parceiro, 4 anos de diagnóstico, sem filhos).

Os procedimentos profiláticos recomendados pelo Ministério da Saúde para a prevenção da transmissão vertical do HIV – modalidade de parto, administração de droga anti-retroviral durante a gravidez a partir da 16<sup>a</sup> semana de gestação e durante o parto, AZT em solução oral para o bebê logo após nascimento e nas seis primeiras semanas de vida, além da orientação sobre a não amamentação –, também foram objeto de investigação deste estudo. Para avaliar o nível de conhecimento sobre procedimentos profiláticos da transmissão vertical do HIV, também foram estabelecidos três níveis de

análise: foram avaliados como nível de conhecimento satisfatório relatos que contemplaram pelo menos três das medidas do protocolo recomendado. Foi avaliado como um nível de conhecimento regular quando a participante relatou dois dos componentes de prevenção da transmissão vertical descritos acima. O nível de conhecimento precário foi caracterizado quando o relato da participante contemplou apenas um ou nenhum dos modos de prevenção descritos.

A maioria, ( $n=20$ ; 66,6%) apresentou um nível precário de conhecimento sobre os componentes profiláticos da transmissão vertical do HIV, com base no critério adotado (Tabela 5). Dentre as entrevistadas, cinco participantes (16,7%) souberam explicar corretamente os procedimentos adotados para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

**Tabela 5.** Distribuição das participantes quanto ao nível de conhecimento sobre procedimentos de prevenção da transmissão vertical do HIV ( $N=30$ ).

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>	<b>f (%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Nível de conhecimento satisfatório	Relatos que contemplaram pelo menos três componentes de prevenção da transmissão vertical do HIV	5 (16,7)	<i>“Eu lembro que teve de ser parto cesárea, eu tomei um remédio na hora e meu neném também, quando nasceu. Ai, depois que ele nasceu, ele ainda ficou tomando um xarope e eu não podia dar de mamar também”.</i> (P1, 32 anos, vive com parceiro HIV- há 1 ano e 3 meses, 11 anos de diagnóstico, possui 4 filhos, 1 HIV+).
Nível de conhecimento regular	Relatos que contemplaram dois componentes de prevenção da transmissão vertical do HIV	5 (16,7)	<i>“Seria tomando algumas precauções, tipo: fazendo um parto com mais cuidado, não amamentando”</i> (P2, 42 anos, sem parceiro, 8 anos de diagnóstico, possui 1 filho com sorologia desconhecida para o HIV).
Nível de conhecimento precário	Relatos que contemplaram um ou nenhum componente de prevenção da transmissão vertical do HIV	20 (66,6)	<i>“Se existe tratamento eu não sei e, pra falar a verdade, eu não acredito nessas coisas. Porque o neném tá dentro da barriga da mãe, então não tem nem como proteger”</i> (P12, 28 anos, sem parceiro, 4 anos de diagnóstico, sem filhos).

### 3.3 Efeitos da condição de soropositividade sobre as escolhas reprodutivas

Do total de 30 participantes, 60% ( $n=18$ ) referiram que a condição de soropositividade modificou o desejo de ter filhos, enquanto que 40% ( $n=12$ ) referiram que a descoberta do diagnóstico não modificou o desejo de ter filhos.

Dentre as 18 mulheres que relataram que a condição de soropositividade modificou o desejo de ter filhos, os motivos explicitados, agrupados em categorias foram: receio quanto ao risco de contaminar a criança ( $n=9$ ; 50%), soropositividade como sinônimo de morte ( $n=4$ ; 22,2%), experiência de ter presenciado a morte de filho em decorrência do HIV ( $n=3$ ; 16,6%), medo de contar para o parceiro sorodiferente sobre a condição de soropositividade e/ou de expor o parceiro ao vírus HIV ( $n=2$ ; 11,2%). A Tabela 6 apresenta as categorias identificadas, sua frequência e exemplos de relatos.

**Tabela 6.** Motivos explicitados pelas participantes que relataram que a condição sorológica modificou o desejo de ter filhos ( $n=18$ ).

<b>Categoria</b>	<b>f (%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Receio quanto ao risco de transmissão do HIV para o filho	9 (50)	<p><i>"(...) Existe um risco de meu filho nascer com o HIV. Será que isso é amor? Expor seu filho a um risco desses? De ele já nascer com o vírus? Na minha cabeça ter o vírus modificou sim esta questão"</i> (P2, 42 anos, sem parceiro, 8 anos de diagnóstico, possui um filho com sorologia desconhecida para o HIV).</p> <p><i>"(...) a vida toda sonhei em ter um filho, depois que eu descobri eu não quis mais ter. (...) Tenho medo de ele nascer com o vírus."</i> (P16, 27 anos, vive com parceiro HIV+ há 8 meses, 1 ano e 6 meses de diagnóstico, sem filhos).</p>
Soropositividade como sinônimo de morte	4 (22,2)	<p><i>"(...) Acho que quem tem o vírus não pode mais ter filho, eu acho que devia ser proibido mesmo, porque um dia você vai faltar na vida dessa criança"</i> (P11, 35 anos, sem parceiro, 5 anos de diagnóstico, possui 2 filhos com sorologia desconhecida para o HIV).</p> <p><i>"(...) você deve se privar de certas coisas: ter um filho pra não criar?"</i> (P9, 44 anos, sem parceiro, 14 anos de diagnóstico, possui 5 filhos HIV-).</p>
Experiência de ter presenciado a morte do filho em decorrência do HIV	3 (16,6)	<p><i>"Ah, muda, viu? (...) depois que eu vi o meu filho morrer, eu não me perdôo. (...) todo dia eu penso: porque Deus não me levou e deixou meu menino aqui?"</i> (P13, 39 anos, sem parceiro, 3 anos de diagnóstico, possui 1 filho, falecido em decorrência do HIV).</p>
Medo de revelar a sorologia para o parceiro e/ou de expor o parceiro ao HIV	2 (11,2)	<p><i>"É tanta coisa pra se preocupar (...) primeiro que pra ter um filho eu ia ter que falar com o meu parceiro, e isso ainda é muito difícil pra mim."</i> (P5, 27 anos, vive com parceiro HIV-há 2 anos e 6 meses, 4 anos de diagnóstico, sem filhos).</p>

Dentre as participantes que relataram que a condição de soropositividade não modificou o desejo de ter filhos ( $n=12$ ), os motivos explicitados foram o fato de que o vírus HIV não modificou a vida de modo geral, exemplificado pela formação de novas parcerias conjugais após o diagnóstico e o desejo de constituir novos laços familiares ( $n=8$ ; 66,7%). Outras categorias identificadas foram maternidade como condição inerente à mulher ( $n=3$ ; 25%) e a dificuldade de se perceber com uma enfermidade crônica ( $n=1$ ; 8,3%). A Tabela 7 apresenta esses dados.

**Tabela 7.** Motivos explicitados pelas participantes que relataram que a condição sorológica não modificou o desejo de ter filhos ( $n=12$ ).

<b>Categoria</b>	<b>f (%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Maternidade como realização feminina	3 (25)	<i>“É lógico que eu queria ter mais filhos. Isso faz parte da mulher”.</i> (P1, 32 anos, vive com parceiro HIV- há 1 ano e 3 meses, possui 4 filhos, 1 HIV+).
Soropositividade não alterou projetos de vida	8 (66,6)	<i>“Eu tive minha filha sem medo nenhum. (...) Era o meu sonho ter uma menina e só realizei depois do vírus. (...) Não me dei um atestado de óbito como muita gente faz”.</i> (P26, 30 anos, vive com parceiro HIV- há 3 anos, 11 anos de diagnóstico, possui 3 filhos HIV-).
Dificuldade de se perceber com uma enfermidade crônica	1 (8,3)	<i>“Ainda não caiu a ficha”</i> (P29, 23 anos, vive com parceiro HIV+ há 2 anos, 1 ano e 2 meses de diagnóstico, sem filhos).

Quando questionadas se tinham vontade de ter filhos, 70% ( $n=21$ ) das mulheres responderam negativamente, conforme apresentado na Tabela 8. Foram identificadas seis categorias quanto aos motivos para não desejarem ter filhos: a condição sorológica ( $n=10$ ), idade elevada ( $n=1$ ), número de filhos suficiente ( $n=4$ ), dificuldades financeiras para a criação de filho ( $n=2$ ), ausência de projeto de maternidade ( $n=3$ ), medo de contar ao parceiro sua condição sorológica ( $n=2$ ) e ter realizado ligadura de trompas ( $n=7$ ).

**Tabela 8.** Motivos relatados pelas participantes para não desejarem ter filhos no momento atual ( $n=21$ ).

<b>Categoria</b>	<b>f (%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Condição sorológica	10 (47,6)	<p>“(…) eu vejo o HIV quase como uma sujeira, eu não queria expor o meu filho a isso. Na minha cabeça eu penso que ele pode nascer com algum problema que a ciência ainda não descobriu” (P9, 44 anos, sem parceiro, 14 anos de diagnóstico, possui 5 filhos HIV-).</p> <p>“Acho que essas coisas não são para quem tem HIV, quem tem HIV tem que cuidar da família, tomar os remédios e se quiser ter um filho, adota”(P11, 35 anos, sem parceiro, 5 anos de diagnóstico, possui 2 filhos com sorologia desconhecida para o HIV).</p>
Número de filhos suficiente	4(19)	“Não quero mais porque eu já tenho o que eu queria. Filho homem e filha mulher. To feliz assim” (P26, 30 anos, vive com parceiro HIV- há 3 anos, 11 anos de diagnóstico, possui 3 filhos HIV-).
Ausência de projeto de maternidade	3(14,2)	<p>“Pra falar a verdade quando eu me casei eu nunca tive aquele sonho de ser mãe, sabe quando você nunca pensa em ter filhos?” (P21, 32 anos, vive com parceiro HIV- há 8 anos, 9 anos de diagnóstico, possui 5 filhos HIV-).</p> <p>“Nunca tive essa vontade. Aquela história de instinto materno, acho que isso não acontece comigo” (P28, 29 anos, sem parceiro, 6 anos de diagnóstico, sem filhos).</p>
Dificuldades financeiras para a criação de filho	2(9,6)	“(…) é difícil criar vários filhos, então pesa a condição financeira (…)” (P1, 32 anos, vive com parceiro HIV- há 1 ano e 3 meses, 4 anos de diagnóstico, possui 4 filhos, 1 HIV+).
Medo de revelar a condição sorológica ao parceiro	2(9,6)	“(…) pra um bebê nascer, eu teria que ter relação sexual sem camisinha, e isso eu acho que não faria sem contar pro meu parceiro. E aí acontece o que? Eu vou ficar sem filho e sem namorado” (P19, 37 anos, vive com parceiro HIV- há 4 anos, sem filhos ).
Realização de laqueadura de trompas	7(33,3)	“Eu não tenho mais vontade e não posso mais ter. Liguei minhas trompas quando tive meu ultimo filho. A fábrica fechou!” (P24, 44 anos, vive com parceiro HIV+ há 1 ano, 5 anos de diagnóstico, possui 3 filhos HIV-)
Idade elevada	1(4,8)	“Eu já to ficando velha” (P2, 42 anos, sem parceiro, 13 anos de diagnóstico, possui 1 filho com sorologia desconhecida para o HIV).

Nota: Algumas participantes relataram mais de um motivo.

Dentre as participantes que relataram o desejo de maternidade ( $n=9$ ), os principais motivos relacionados foram a vontade do parceiro em ter filhos ( $n= 4$ ; 44,4%), seguido da crença de que um filho seria um complemento ao relacionamento conjugal ( $n=5$ ; 55,6%). Entretanto, apesar de relatarem desejo de ter filhos, o medo do preconceito e do risco de contaminar a criança foram motivos explicitados por essas mulheres para adiarem a realização dos planos de maternidade no contexto da soropositividade.

*“Eu tenho vontade, só que tenho medo, né? Às vezes o medo é maior que a vontade, sabe? Tenho medo de colocar um bebê doente no mundo” (P15, 37 anos, sem parceiro, 9 anos de diagnóstico, sem filhos).*

*“É difícil dizer que eu não tenho vontade, porque isso faz parte do casamento, né? Que mulher não sonha em casar e ter filhos? (...) Ainda falta um pouquinho de coragem” (P7, 34 anos, 5 anos de diagnóstico, vive com parceiro HIV+ há 14 anos, sem filhos).*

### **3.4 Expectativa sobre reação social ao desejo de ter filhos**

As expectativas das participantes sobre a reação das pessoas em geral e da equipe de saúde, em especial do profissional médico, diante da revelação sobre o eventual desejo de uma mulher HIV+ ser mãe também foram investigadas. Quando questionadas sobre como as pessoas em geral reagiriam ao fato de uma mulher soropositiva desejar ter filhos, a maior parte das mulheres ( $n=11$ ; 36,7%) referiu que o ato seria interpretado como irresponsabilidade ou incoerência. Reações de preconceito e discriminação ( $n=8$ ; 26,7%) e a associação entre soropositividade e morte, motivariam, de acordo com o relato das entrevistadas, uma reação negativa à gravidez no contexto da soropositividade, visto que a mulher não teria condições para criar seu filho devido à condição sorológica. Outras participantes referiram uma recomendação explícita das outras pessoas para a não indicação de uma gestação pois poderia prejudicar a saúde da mulher e/ou da criança ( $n=7$ ; 23,4%). Apenas duas participantes (6,6%) referiram que seriam apoiadas pelas pessoas que soubessem desse desejo, sinalizando uma mudança na compreensão da soropositividade pelas pessoas em geral com a diminuição do preconceito. Uma outra categoria encontrada indicou que a reação dependeria do nível de informação das pessoas sobre procedimentos de profilaxia da transmissão vertical do HIV ( $n=2$ ; 6,6%), não sendo, portanto, positiva ou negativa *a priori*.

As categorias, sua frequência e exemplos de relatos foram organizados na Tabela 9.

**Tabela 9.** Expectativas quanto à reação das pessoas em geral sobre o desejo de ter filhos no contexto da soropositividade (N=30).

<b>Categorias</b>	<b>f(%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Ato de irresponsabilidade/inconseqüência da mulher HIV+	11(36,7)	<p><i>“Elas pensariam mal. Elas pensam que a gente tá maluca, inconseqüente. Porque a maioria não sabe que pode nascer sem o vírus (...). Acho até que elas não sabem dessas coisas nem querem saber”.</i> (P6, 30 anos, vive com parceiro HIV+ há 7 anos, 3 anos de diagnóstico, possui 1 filho HIV-).</p> <p><i>“Elas acham que uma mulher que faz isso é uma criminosa, né? Uma criminosa. Que tem uma doença dessas e ainda vai querer engravidar”.</i> (P12, 28 anos, sem parceiro, 4 anos de diagnóstico, sem filhos).</p>
Ausência de apoio, preconceito e discriminação	8(26,7)	<p><i>“(...) reagiriam muito mal. Iam falar que não podia, porque ela tá com uma doença condenada a morte. Em geral a mulher soropositiva não é apoiada em nada, muito menos se ela quiser ter um filho”.</i> (P21, 32 anos, vive com parceiro HIV- há 7 anos, 8 anos de diagnóstico, 5 filhas HIV-).</p>
Recomendação explícita para não ter	7(23,4)	<p><i>“Teriam muitas opiniões de não engravidar, né? Porque para as pessoas uma mulher soropositiva nunca vai poder ter filhos, botar uma criança inocente em risco?”</i> (P10, 34 anos, vive com parceiro HIV- há 5 anos, 16 anos de diagnóstico, possui 2 filhos HIV-).</p>
Reação depende do nível de informação sobre prevenção da transmissão vertical do HIV	2(6,6)	<p><i>“Acho que depende. Mas eu creio que as coisas estão mudando. Hoje tem tratamento, as pessoas vivem e vivem bem. Eu não sei se as pessoas em geral conhecem isso tudo, né, o avanço da ciência”</i> (P8, 21 anos, vive com parceiro soronegativo há 7 anos, possui 1 filho HIV-).</p>
Apoio e respeito à decisão	2(6,6)	<p><i>“Eu acho que, no meu caso, eu seria eu seria bem apoiada. Minha família não ia ser contra, não”.</i> (P2, 42 anos, sem parceiro, 13 anos de diagnóstico, 1 filho com sorologia desconhecida).</p>

A reação do médico sobre uma possível gestação no contexto da soropositividade também foi contemplada nesta investigação (Tabela 10). De acordo com o relato de seis participantes (20%), a reação dependeria da qualificação e da atitude do médico, ou seja, um bom médico respeitaria e apoiaria a decisão da mulher. Algumas mulheres ressaltaram, em contrapartida, que médicos com pouca experiência ou especialização na área tenderiam a não apoiar a gestação no contexto da soropositividade. Três participantes (10%) referiram que o médico manifestaria uma reação de apoio e orientação, visto que tem a seu dispor procedimentos técnicos que

garantem baixo risco de transmissão vertical do HIV e nenhum prejuízo para a saúde da mulher. Na percepção de quase metade das participantes ( $n=14$ ; 46,6%), o profissional da área médica reagiria negativamente, com repreensão e recriminação, sugerindo a ocorrência de uma comunicação/interação horizontalizada e influenciada pelas crenças e valores pessoais do profissional.

**Tabela 10.** Reação do médico ao desejo de ter filhos no contexto da soropositividade, segundo percepção das participantes ( $N=30$ ).

<b>Categorias</b>	<b>f(%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Reação dependente da qualificação do médico	6 (20)	<i>“No meu pensamento um bom médico ia ver se a pessoa estava numa saúde boa. Se ela tivesse bem, um bom médico diria que tudo bem. Mas, na minha experiência, acho que isso ia ser um desastre ”.</i> (P1, vive com parceiro HIV- há 1 ano e 3 meses, 4 anos de diagnóstico, 4 filhos, 1 HIV+).
Apoio e orientação	3(10)	<i>“Foi como eu cheguei e falei com minha médica que queria ter um filho. Ela falou: ‘olha, os riscos são esses, mas como sua imunidade ta assim, o vírus tá indetectável...’, ela falou que eu poderia ter ”.</i> (P10, 34 anos, vive há 5 anos com parceiro HIV-, 16 anos de diagnóstico, 2 filhos HIV-)
Repreensão e recriminação	14 (46,6)	<i>“Ele diria assim: ‘por um acaso você ta ficando louca? Eu acho que os médicos estão preocupados com os remédios e só(..). Eu não gosto do médico que me atende, então eu já imagino um dia chegar pra ele e falar que eu to pensando em ter um filho. Acho que ele ia me chamar de maluca”.</i> (P27, 23 anos, há 3 anos com parceiro HIV+, 1 ano e meio de diagnóstico, sem filhos).  <i>“A gente sabe que tem médico preconceituoso. Tem médico que acha até que a não deve namorar mais. Que a gente deve tomar remédio e pronto. Mesmo quando a gente usa camisinha certinho eles já olham de cara feia. Imagine então se chega pra um médico desses e diz que quer ter um filho. Eu acho que ia levar uma bronca ”</i> (P3, 36 anos, vive há 3 anos e 6 meses com parceiro HIV-, 6 anos de diagnóstico, possui 1 filho HIV-)
Recomendação para não ter filhos	7 (23,4)	<i>“Eu acho que ele ia dizer que não, né? tudo bem que tem tratamento, mas esses remédios são caros, né? eles devem ser pra aquelas mulheres que engravidam porque a camisinha estourou, ou então só descobriu quando já estava grávida, e aí não tem mais jeito “.</i> (P25, 34 anos, sem parceiro, 4 anos de diagnóstico, 2 filhos com sorologia indefinida).

Outra categoria identificada referiu-se à recomendação explícita do profissional para que a gestação não ocorresse ( $n=7$ ; 23,4%), típica de uma atitude prescritiva e desrespeitosa aos direitos de autonomia da mulher. Os motivos apontados para tal reação estariam embasados na crença de que o custo elevado dos procedimentos de prevenção da transmissão vertical do HIV seriam indicados apenas para mulheres que se



descobrem soropositivas durante o pré-natal ou na hora do parto, e teriam como única finalidade proteger o bebê.

### **3.5 Serviço de saúde e escolhas reprodutivas: há espaço para discussão?**

A influência das equipes dos serviços de saúde sobre as escolhas reprodutivas das participantes também foi contemplada nesse estudo. Quando questionadas sobre se elas conversavam com algum profissional sobre questões referentes ao desejo de ter ou não ter filhos e contracepção, 90% ( $n=27$ ) disseram que não haviam abordado estas questões no serviço aos quais estavam vinculadas. Foram verificadas quatro categorias principais que explicitaram os motivos para não abordarem questões reprodutivas no serviço de saúde. Sentimentos de vergonha quanto a tratar assuntos referentes à sexualidade e escolhas reprodutivas no serviço de saúde foram relatados pela maioria das entrevistadas ( $n=11$ ; 40,7%). Três mulheres (11,1%) referiram não ter interesse ou necessidade de tratar dessas questões no serviço e seis mulheres (22,2%) pontuaram que em seu serviço somente teria espaço para tratar de questões referentes à saúde física da mulher, tais como o uso de medicações ARV. Sete entrevistadas (26%) referiram não falar de tais assuntos para não lembrar da doença, evidenciando um comportamento evitativo (Tabela 11).

**Tabela 11.** Motivos explicitados pelas participantes para não conversarem com os profissionais de saúde sobre temas referentes a direitos reprodutivos ( $n=27$ ).

<b>Categoria</b>	<b>f(%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Vergonha de tratar de assuntos sobre escolhas reprodutivas no serviço	11(40,7)	<i>“Ah, o médico aqui é homem, então eu não vou falar essas questões assim. Eu tenho vergonha, né?”</i> (P13, 39 anos, sem parceiro, 3 anos de diagnóstico, teve 1 filho, falecido de aids)
Não tem interesse ou necessidade de tratar dessas questões com o profissional	3(11,1)	<i>“não sinto necessidade, não. Minha terapia é no shopping”</i> (P20, 42 anos, vive com parceiro HIV+ há 5 anos, 2 filhos, 1 HIV+).
Nos atendimentos há espaço apenas para a saúde física da mulher	6(22,2)	<i>“não se fala nada além de CD4, carga viral, se você tá tomando remédio ou não. Só sobre remédio, mesmo, se tá tomando direitinho. E eles já querem a resposta pronta: ‘tô tomando certo, dr.’. Mesmo se você não tá tomando”</i> (P21, 32 anos, vive com parceiro HIV- há 8 anos, possui 5 filhos HIV-)
Evitação: prefere não falar de tais assuntos pois lembra da doença	7(26)	<i>“não gosto de falar sobre isso, não. (...) gosto de ficar só comigo mesma. Tem dias que eu não dou conta, mas querer me ajudar? me desculpe, mas eu não acredito mais nas pessoas. Eu acho que fiquei uma pessoa seca”</i> (P23, 37 anos, sem parceiro, possui 3 filhos HIV-)

Nesse estudo as mulheres foram convidadas a apresentar sugestões a fim de que o serviço de saúde pudesse contemplar aspectos referentes aos direitos reprodutivos das pessoas que vivem e/ou convivem com o HIV/aids. Oito mulheres (26,6%) consideraram que o atendimento atual estaria satisfatório e não sugeriram qualquer alteração. A presença de psicólogo na equipe de saúde foi sugerida por cinco participantes (16,6%). A melhoria na comunicação e interação entre médico e usuária de saúde ( $n=3$ ; 10%) e a necessidade de disponibilização de informação e orientação sobre como conviver com o HIV ( $n=6$ ; 20%) também foram aspectos sugeridos. O tempo disponível para as consultas, considerado insuficiente por algumas mulheres, aliado à dificuldade de acesso aos profissionais e serviços de saúde, mereceriam ser contemplados para a melhoria do sistema de saúde ( $n=4$ ; 13,3%). A realização de palestras e atividades em grupo foram sugeridas por cinco participantes (16,6%), principalmente se o período de espera de atendimento (pré-consulta) fosse utilizado na realização de atividades educativas. A questão do treinamento e formação dos

profissionais que atuam na recepção foi contemplada por uma participante (3,3%), no intuito de melhorar o atendimento atual (Tabela 12).

**Tabela 12.** Sugestões sobre como o serviço de saúde poderia melhorar o atendimento para contemplar questões sobre direitos reprodutivos (N=30).

<b>Categorias</b>	<b>f(%)</b>	<b>Exemplos de relatos</b>
Presença de psicólogo na equipe	5 (16,6)	<i>“Acho que devia ter uma consulta com o psicólogo, porque tem coisas que a gente tem vergonha de falar com os médicos (...). Acho que se a gente tivesse uma consulta com o psicólogo a gente ia ficar melhor, porque se a gente não tá bem, se ainda não se acostumou com a vida depois do HIV, que é diferente mesmo, a gente não toma remédios direito, não usa camisinha toda vez... não se cuida”.</i> (P1, 32 anos, com parceiro há 1 ano e dois meses, 4 anos de diagnóstico, parceiro soronegativo, 4 filhos, 1 soropositivo).
Disponibilização de orientação sobre como conviver com o HIV	6 (20)	<i>“Eu acho que tinha que ter mais esclarecimento. Porque a gente vê muito assim: ‘olha, você não contraia o vírus, use a camisinha’, mas ninguém fala assim: “ mesmo você sendo soropositiva você pode ter sua vida normal, namorar, ter filhos, em geral a gente só ouve o que não pode fazer porque tem o HIV”</i> (P2, 42 anos, sem parceiro, 13 anos de diagnóstico, 1 filho com sorologia desconhecida).
Melhoria da comunicação/interação entre médico e usuária	3 (10)	<i>“Eu acho que falta mais diálogo, sabe, porque os médicos sempre estão com tanta pressa que a gente não se sente nem a vontade de falar algumas dúvidas”.</i> (P7, 34 anos, casada há 14 anos, 5 anos de diagnóstico, parceiro soropositivo, sem filhos)
Aumento do tempo das consultas/ facilitação do acesso a ações e serviços de saúde	4 (13,3)	<i>“Às vezes eu sinto falta de conversar com alguém (...) já tentei até marcar com a psicóloga, mas a fila de espera era tão grande que desisti”.</i> (P5, 27 anos, com parceiro há 2 anos e meio, 4 anos de diagnóstico, parceiro HIV-, sem filhos).
Realização de palestras ou atividades em grupo/ aproveitamento do tempo de espera em dias de consulta	5 (16,6)	<i>“Eu acho que teria que ter mais informação, mais palestras, mais acolhimento, porque a gente chega aqui cedo, os médicos demoram nada acontece. Esse tempo podia ser aproveitado</i> (P18, 37 anos, 10 anos de casada, HIV+ há 5 anos, companheiro HIV+, 1 filho HIV-)
Melhoria da qualidade do atendimento dos funcionários da recepção	1 (3,3)	<i>“Eu acho que o atendimento dos funcionários é muito ruim, sabe, do pessoal do atendimento”</i> (P20, 42 anos, com parceiro há 5 anos, 11 anos de diagnóstico, parceiro HIV-, 2 filhos, 1 falecido).
Considera que atendimento está satisfatório (não apresentou sugestões)	8 (26,6)	<i>“Eu acho que só a cura pra diminuir esse sofrimento. O resto, vocês fazem o que podem”.</i> (P 23, 37 anos, sem parceiro, 3 anos e meio de diagnóstico, 3 filhos HIV- )

É interessante notar o relato de três participantes (10%) que verbalizaram a descrença na capacidade do serviço de saúde em lidar com questões relativas à soropositividade, por diferentes motivos. Destacamos, abaixo, estes relatos que desafiam a equipe de saúde para discutir suas ações:

*“Eu acho que quem não tem isso nunca vai entender. Ou vai achar que tudo é fácil demais, que é só tomar um remedinho, ou vão achar que a gente devia morrer logo. Mas só quem sabe o que é viver com esse negócio é quem tem, mesmo. Não é fácil, não”.* (P3, 36 anos, com parceiro há 3 anos e meio, 5 anos diagnóstico, parceiro HIV-, 1 filho HIV-).

*“Ah, eu queria que essas consultas fossem mais rápidas ainda, eu não gosto de vir aqui. Os médicos acham que o que tenho é normal, mas só quem tem mesmo é que sabe o que é isso”.* (P11, 35 anos, sem parceiro, 5 anos de diagnóstico, 2 filhos, sorologia desconhecida para o HIV).

*“Olha, se tivesse qualquer atividade que não fossem as consultas normais eu não viria. Sabe por quê? Essas coisas de palestras, grupos, dão ilusão pra a gente. A gente chega a esquecer que tem o vírus, mas ele não sai de dentro da gente”* (P12, 28 anos, sem parceiro, 4 anos de diagnóstico, sem filhos).

#### IV. DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo apontam a relevância da realização de pesquisas na área, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no âmbito dos direitos reprodutivos de mulheres soropositivas. Tendo como um dos objetivos investigar percepção e crenças dessas mulheres quanto ao processo de escolhas reprodutivas, o estudo permitiu levantar aspectos relevantes, discutidos nesta seção. Embora os resultados não possam ser generalizados para a população feminina brasileira que vive com HIV/aids, estes indicam vários desafios que merecem atenção.

A caracterização sociodemográfica das participantes permite afirmar que esta foi coerente com o padrão epidemiológico dos casos de aids entre mulheres no Brasil, onde há o predomínio da transmissão por via sexual, em pessoas negras ou pardas e com escolaridade baixa (Brito & cols., 2001; Lopes, 2003; Ministério da Saúde, 2002a, 2006a; Rodrigues-Junior & Castilho, 2004).

Com relação às circunstâncias da descoberta do diagnóstico, em que quase metade das participantes desse estudo se descobriu soropositiva após adoecimento ou morte do companheiro em decorrência do HIV, sugere a ocorrência de percepção incipiente acerca da vulnerabilidade ao vírus. Tal como assinala Guimarães (1996), em seu clássico estudo “ ‘Mas eu conheço ele’: um método de prevenção do HIV/aids”, um dos principais determinantes do sentimento de imunidade expresso pela mulher que possui relacionamento estável estaria relacionado, em parte, à imagem social da epidemia ainda arraigada à idéia dos grupos de risco mais propensos à infecção. Ademais, os achados desse estudo são consistentes com outras pesquisas nacionais e internacionais que investigaram esse aspecto (Paiva & cols., 2002; Rutemberg & cols., 2000; Silveira & cols., 2002;)

Mais da metade das participantes fazia uso de medicação anti-retroviral, achado esperado tendo em vista o advento da TARV e o acesso gratuito e universal a esses medicamentos desde 1996, no Brasil. Essa política pública tem favorecido a melhoria das condições de saúde, e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids no país, conforme indicam alguns estudos sobre o tema (Brito & cols., 2001; Rodrigues-Junior & Castilho, 2004; Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005).

Não obstante os avanços no controle da enfermidade e na qualidade de vida, observa-se que a revelação do diagnóstico ainda provoca angústia e apreensão nas pessoas que vivem com HIV/aids, seja para aquelas do convívio sócio-familiar seja para as parcerias sexuais. No presente estudo, quase um quarto das participantes não tinha contado para ninguém sobre sua condição sorológica e duas delas não tinham revelado para seus parceiros sexuais estáveis. No que tange à revelação para parcerias sexuais, achado semelhante foi encontrado por Paiva e colaboradores (2002), ao constatar que apesar de mais da metade das participantes relatarem vida amorosa e sexual ativas, a comunicação do diagnóstico ao parceiro foi um dos eventos estressores citados.

O fortalecimento da rede de apoio social é um aspecto importante para pessoas em condição de enfermidade crônica, incluindo aquelas com HIV/aids (Seidl & Tróccoli, 2006). Assim, a revelação do diagnóstico para pessoas de confiança da rede de apoio social tem sido considerada benéfica para o processo de enfrentamento adaptativo da condição de soropositividade. Cabe ressaltar que o medo do preconceito e da discriminação, principais motivos comumente mencionados para a não-revelação, podem contribuir para o isolamento social da pessoa soropositiva (Paiva & cols., 2002; Santos & cols., 2002). É necessário enfatizar, no entanto, que mesmo considerando os benefícios potenciais da revelação do diagnóstico tendo em vista a possibilidade de

ampliação do apoio social, o respeito à decisão sobre revelar ou não a sorologia para terceiros deve ser garantida e preservada às pessoas que vivem com HIV/aids.

Quanto à situação conjugal, pouco mais da metade das entrevistadas estavam vivendo com parceiro, muitos deles com sorologia negativa para o HIV. A constituição de casais sorodiferentes demonstra que a melhoria da qualidade de vida das pessoas soropositivas tem favorecido este tipo de parceria que traz, muitas vezes, alguns desafios, como informar a condição sorológica ao parceiro e negociar o uso consistente do preservativo nas relações sexuais (Polejack & Costa, 2002; Reis, 2004; Dalapria & Neto, 2004; Azevedo & Guilhem, 2005; Azevedo, 2005). Para as mulheres que desejam ter filhos, a sorologia diferente para o HIV suscita questões ainda mais complexas, em que a possibilidade de engravidar pode expor o parceiro ao HIV (Polejack, 2001; Polejack & Costa, 2002; Dalapria & Neto, 2004). Nessa questão, é fundamental garantir os avanços previstos na legislação brasileira referente a procedimentos de reprodução assistida para os casais que vivem com HIV/aids, em especial aqueles com sorologia diferente (Ministério da Saúde, 2005b).

A maior parte das entrevistadas tinha filhos. Dentre estes, mais da metade eram soronegativos, indícios de que as mulheres estão tendo acesso aos procedimentos de profilaxia da transmissão vertical do HIV, tal como sinalizam os resultados de Brito e colaboradores (2006), que verificaram uma redução progressiva dos casos de aids por transmissão vertical entre as crianças nascidas após a introdução maciça e universal das ações de prevenção preconizadas pelo Programa Nacional de DST/aids. No entanto, dentre as entrevistadas que tinham filhos, 14,4% não tinham realizado o teste anti-HIV de suas crianças. Esse aspecto chama atenção para uma possível lacuna dos serviços de saúde no que se refere às ações de aconselhamento, explicitando riscos e benefícios da testagem sorológica nesses casos, em especial para as crianças não avaliadas.

Quanto ao uso de medidas contraceptivas, quase um quarto das participantes havia realizado laqueadura tubária, resultados que vão ao encontro de estudos que apontaram a frequência elevada desse procedimento junto às mulheres brasileiras (Faúndes & cols., 1998; Hardy & cols., 1996). Verificou-se, a partir dos relatos das participantes, que o aconselhamento para o planejamento familiar das mulheres soropositivas ainda não é uma ação sistemática na maior parte dos serviços de saúde. Mesmo naqueles com boa qualidade de atendimento, há indícios de que ainda não estão suficientemente preparados para lidar com essa questão. Diante do exposto, é fundamental que os serviços aprimorem e qualifiquem suas ações concernentes ao planejamento familiar de mulheres HIV+, ampliando o leque de opções e de métodos que poderiam ser disponibilizados. Em paralelo, deve-se discutir o acesso dessas mulheres ao aborto como mais uma opção no campo dos direitos reprodutivos (Barbosa & Knauth, 2003; Guilhem, 2005; Simões-Barbosa, 2001).

A abstinência ou redução do número de parceiros, citada por algumas participantes e corroborada por diversos estudos, pode sinalizar dificuldades na vivência da sexualidade após o diagnóstico (Galvão & cols., 2004; Lindsay & cols., 1995; Paiva & cols. 2002). A dificuldade em negociar o uso de preservativo com o parceiro se faz ainda maior nos casos das mulheres submetidas à laqueadura, quando a prevenção da gravidez não pode ser utilizada como motivo para o uso de medidas contraceptivas de barreira, deixando-as numa situação mais vulnerável no que tange às práticas sexuais seguras (Barbosa & Knauth, 2003; Knauth & cols., 2002). O preservativo feminino, importante ferramenta para a autonomia da mulher nessa negociação, parece não estar sendo muito utilizado. Tal aspecto também foi verificado em outras pesquisas e sugere a necessidade de investigações sobre os possíveis determinantes que estão influenciando



o comportamento de não-adesão ao preservativo feminino (Galvão & cols., 2004; Magalhães, 2001).

O relato de algumas participantes sinalizou um uso provavelmente inadequado do preservativo masculino, o que pode indicar a necessidade de uma revisão das práticas educativas em saúde adotadas nos serviços. Entre as lições aprendidas no âmbito da prevenção em mais de duas décadas de epidemia, pode-se mencionar a constatação de que “prevenção não se ensina” (Ayres, 2002). A prática preventiva em saúde evidencia que a comunicação unidirecional, dogmática e autoritária não tem sido eficaz. Além disso, sabe-se que o aprendizado não é fruto da simples aquisição de informação. Para tanto, a realização de oficinas educativas que contemplem nível de escolaridade, aspectos religiosos, crenças e valores morais, origem étnica, pode contribuir para a eficácia das práticas preventivas em HIV/aids (Ayres, 2001; 2002).

Outro resultado que chamou atenção referiu-se ao predomínio do número de mulheres com nível de conhecimento regular sobre transmissão do vírus HIV, ao lado do número reduzido de mulheres que apresentaram nível satisfatório de conhecimento, com base nos critérios estabelecidos. Com relação ao conhecimento sobre transmissão vertical, 90% delas apresentaram nível regular ou insatisfatório. Associado a isso, mais da metade apresentou nível precário ou regular de conhecimento sobre profilaxia da transmissão vertical. Estes dados são preocupantes na medida em que um número elevado de participantes havia tido filhos após o diagnóstico de soropositividade, com acesso a tais procedimentos. O nível de informação, muitas vezes abaixo do esperado, também foi verificado em outros estudos, o que pode dificultar a escolha consciente e autônoma das mulheres soropositivas no que tange a ter ou não filhos no contexto da soropositividade (Barroso & cols., 2005; Diaz & cols., 1995; Giffin & Lowndes, 1999; Santos & cols., 2002).

Os resultados sobre o nível de conhecimento no presente estudo, entretanto, podem ter sido influenciados pela estratégia de coleta de dados utilizada, que priorizou o relato espontâneo sobre os modos de transmissão do HIV, da transmissão vertical e os procedimentos profiláticos. Em suma, o uso do relato não estimulado para avaliar nível de conhecimento talvez tenha favorecido a omissão de aspectos relevantes do tópico investigado, ainda que estes fossem conhecidos pelas participantes mas não chegaram a ser verbalizados.

Os efeitos da condição de soropositividade sobre as escolhas reprodutivas de mulheres que vivem com HIV/aids foram um dos principais objetivos do estudo. Mais da metade das participantes relatou que a condição sorológica modificou o desejo de maternidade, sugerindo que a soropositividade tem influência importante sobre as escolhas reprodutivas, o que também foi constatado por outros pesquisadores (Barbosa & Knauth, 2003; Bedimo & cols., 1998; Knauth, 1997; Paiva & cols., 2002; Santos & cols., 2002; Thackway & cols., 1997). O receio de contaminar a criança foi o motivo citado por metade das mulheres como justificativa para a modificação do desejo de ter filhos após o diagnóstico. Observou-se que essa categoria traduz uma desinformação sobre as possibilidades eficazes de prevenção da transmissão vertical, permeada por concepções fatalistas acerca desse risco. Isto pode ser explicado, em parte, pelo nível insuficiente de informações sobre transmissão vertical do HIV e sua profilaxia verificado entre as participantes. É possível afirmar ainda que, apesar dos avanços no tratamento das pessoas que vivem com HIV/aids, a associação entre HIV e morte ainda se faz presente no imaginário de muitas mulheres a ponto de influenciarem suas decisões reprodutivas.

Como foi verificado, o desejo de ter filhos após a descoberta da soropositividade sofreu um impacto negativo entre as participantes, visto que cerca de dois terços

referiram não desejarem ter filhos após o diagnóstico. Dentre as seis categorias encontradas, a condição sorológica foi crucial na extinção do desejo de ter filhos. Mesmo entre aquelas mulheres que relataram o desejo de ter filhos, estas relataram o adiamento dos planos de maternidade pelo medo do preconceito e do risco de contaminar a criança. Esses achados reforçam o impacto negativo da condição de soropositividade sobre as escolhas reprodutivas, não permitindo que direitos dessa natureza sejam usufruídos. Uma questão deve ser colocada diante desses fatos: como os serviços equipes de saúde especializados em HIV/aids podem modificar essa realidade?

Outro resultado surpreendente refere-se às expectativas das participantes quanto à reação de pessoas leigas e dos profissionais médicos ao serem informados sobre seus desejos de maternidade. Quando questionadas sobre como as pessoas em geral reagiriam ao desejo de uma mulher soropositiva em ter filhos, o ato de irresponsabilidade ou incoerência, associados a atitudes de preconceito e discriminação, motivariam uma reação predominantemente negativa. No caso da reação dos médicos, mais da metade das participantes esperaria uma atitude desfavorável, punitiva, caracterizada por repreensão/recriminação, além da recomendação explícita para não ter filhos. Considera-se que atitudes profissionais com essas características ferem aspectos éticos, se contrapondo a princípios de valorização da autonomia e do direito de cidadania das usuárias (Barroso & cols., 2005; Oliveira & França-Júnior, 2003).

Analisando por um outro ângulo, essas atitudes profissionais podem ser de fato contraproducentes, considerando que, como foi destacado por uma participante, “*a mulher quando quer, engravida*”. Isso nos leva a pensar que se não há espaço propiciador para tais acolhimentos nos serviços de saúde, pode ocorrer um processo de não vinculação ao serviço e uma possível não-adesão aos tratamentos profiláticos de

transmissão vertical do HIV entre as mulheres que consolidarem seus projetos de maternidade.

Verificou-se que, apesar de referirem não discutir com profissionais de saúde sobre aspectos referentes à gravidez e contracepção, muitas tiveram filhos após o diagnóstico de soropositividade, o que sugere a presença de dificuldades das equipes quanto a abordar tais questões, aspecto também verificado em outros estudos brasileiros (Barroso & cols., 2005; Oliveira & França-Junior, 2003; Oliveira & cols., 2005; Ribeiro & cols., 2006). Além disso, a crença explicitada por algumas participantes de que o tratamento profilático seria recomendado apenas para as mulheres que se descobrissem soropositivas quando grávidas reafirma a idéia de que o único objetivo desse procedimento seria o de proteger a criança, tal como é explicitado nas campanhas de prevenção realizadas pelo Ministério da Saúde. Nessa direção, estudo realizado por Gonçalves (2002) analisou diversas campanhas educativas de prevenção ao HIV/aids veiculadas pelo governo federal, dentre elas, as campanhas de prevenção da transmissão vertical. Verificou-se que a mulher é, muitas vezes, vista pelos gestores de políticas públicas como um vetor para evitar a transmissão do HIV para seu filho, desconsiderando aspectos emocionais e morais importantes de uma gravidez neste contexto. A guisa de exemplo, um dos *slogans* analisados utilizou a expressão “proteger seu bebê contra aids é mais que um dever, é um direito”. A pesquisadora salienta que a mensagem emitida nesta afirmativa – de que é um dever resguardar o filho do HIV –, pode ser entendida pelas mulheres soropositivas como uma obrigatoriedade moral, inclusive quanto a levar a gestação até o final. Neste sentido, o objetivo primordial da prevenção da transmissão vertical do HIV seria resguardar a criança, reforçando o binômio materno-infantil e desconsiderando aspectos referentes ao custo social e psicológico de uma gravidez neste contexto.

O relato recorrente de que o profissional de saúde teria reações negativas, de repreensão e recriminação, sinaliza uma discrepância na comunicação/interação entre profissionais de saúde e usuárias, o que não favorece uma relação equânime e sem juízos de valor, onde diferentes saberes estão colocados. Assim, se num primeiro momento se deve considerar a importância da cultura na valorização da maternidade, outros aspectos parecem interferir nas escolhas reprodutivas. No caso das mulheres soropositivas, não se pode negligenciar o fato de que tais decisões parecem influenciadas pela cultura médica local, tal como foi verificado nos estudos de Barbosa e Knauth (2003) e de Knauth e cols. (2002).

Quanto à influência das equipes de saúde sobre as escolhas reprodutivas, constatou-se que questões sobre contracepção e direitos reprodutivos parecem que não estão sendo abordadas satisfatoriamente no âmbito dos serviços públicos de saúde. A vergonha em tratar tais assuntos foi mencionada por uma parte significativa das participantes, ao lado da menção a comportamentos evitativos caracterizados pela recusa quanto a falar sobre esses temas. Esses fatos sinalizam uma possível dificuldade de enfrentamento da enfermidade, confirmando que a soropositividade afeta diversas esferas da vida da mulher, além dos aspectos reprodutivos. Esses resultados indicam a relevância da atuação das equipes de saúde no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e no favorecimento da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, o que remete à necessidade de constituição de equipes interdisciplinares que atendam aos aspectos médicos e psicossociais da soropositividade.

Importantes sugestões foram mencionadas pelas entrevistadas no sentido de melhorar o atendimento das equipes de saúde no que se refere aos aspectos relacionados aos direitos reprodutivos das pessoas que vivem com o HIV/aids. Os componentes de informação e de relação/interação entre profissionais e usuárias foram os mais citados.

Algumas categorias explicitaram os problemas de comunicação com os profissionais de saúde, em especial, da área médica, aliadas à dificuldade de acesso a profissionais de outras especialidades. Estes fatos podem sinalizar algumas limitações das equipes no que se refere à superação da concepção da usuária HIV+ fragilizada e sem autonomia. Nesse contexto de tantos desafios, é fundamental compreender as circunstâncias complexas nas quais essas decisões são tomadas e apoiadas – ou não – pelas equipes de saúde, o que implica em focalizar as características e desejos individuais das mulheres soropositivas, mas também refletir sobre as práticas dos profissionais de saúde. Os resultados aqui apresentados sugerem que para compreender as escolhas reprodutivas das mulheres no contexto do HIV/aids, é mister considerar diversos aspectos que vão além dos desejos e decisões individuais (Knauth & cols., 2002).

O investimento em aconselhamento e grupos de apoio, sugerido pelas participantes, seria uma importante estratégia a ser utilizada nos serviços de saúde, estimulando a formação de equipes interdisciplinares que possam servir como referência para o atendimento direto ao paciente, ou para apoiar o trabalho da prática de médicos, enfermeiros e atendentes, assistentes sociais, psicólogos e demais profissionais envolvidos diretamente com a pessoa que vive com HIV/aids.

Assim, os serviços de saúde devem ser preparados para contemplar o atendimento e a orientação às mulheres soropositivas no que diz respeito ao exercício de sua sexualidade e escolhas reprodutivas. Para tanto, os profissionais devem ser capacitados para acompanhar e respeitar as mulheres soropositivas em suas escolhas. Outra importante contribuição poderia advir dos movimentos sociais organizados, como o das cidadãs positivas, com o intuito de avançar rumo ao empoderamento de mulheres vivendo com HIV/aids. Recomenda-se, portanto, a ampla discussão, envolvendo

diferentes atores sociais e as mulheres soropositivas, sobre suas expectativas relacionadas à sexualidade, reprodução e contracepção.

## V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse trabalho apontam para a importância de se compreender o processo de escolhas reprodutivas das mulheres no contexto do HIV/aids, considerando outros aspectos além do componente individual. Destaca-se ainda que os objetivos que motivaram e nortearam o presente estudo foram alcançados, na medida em que este deve contribuir para o conhecimento e a discussão de aspectos relevantes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

A escolha por uma abordagem qualitativa favoreceu a possibilidade de um espaço de escuta e reflexão, pontuado pelas participantes ao final das entrevistas, estando coerente com os objetivos propostos. No entanto, algumas limitações do estudo devem ser destacadas. A amostra de conveniência e o número relativamente limitado de participantes, inerente a estudos de natureza qualitativa, dificultam uma generalização dos dados apresentados. A busca por diversificar os locais de coleta teve como finalidade ter uma maior representatividade dos serviços de saúde em HIV/aids do Distrito Federal.

As relações de gênero, condições de vida e o contexto sociocultural que facilitaram a transmissão sexual do HIV entre as mulheres não desaparecem após o diagnóstico de soropositividade. Portanto, é imprescindível que tais aspectos sejam considerados pelos profissionais de saúde que atendem a esta população, bem como pelos pesquisadores da área. As mulheres soropositivas têm o direito a uma decisão consciente e autônoma sobre ter ou não ter filhos, e devem fazê-lo contemplando a perspectiva de risco de contaminação de seus bebês e parceiros, independente de orientações ideológicas, de qualquer natureza, dos profissionais de saúde.

A vulnerabilidade a que estão submetidas as participantes emerge em função da condição financeira, das crenças e valores morais, da rede de apoio social, entre outros



aspectos. Os questionamentos que nortearam a execução deste estudo se mostraram relevantes e é possível verificar que os direitos reprodutivos das mulheres soropositivas estão sendo, muitas vezes, violados ou menosprezados no âmbito dos serviços de saúde. Apesar da compreensão de que o modo de enfrentamento da condição de soropositividade depende de aspectos de natureza subjetiva, realidades evidenciadas neste trabalho poderão constituir em importante ferramenta para a formulação de políticas e de ações que contemplem os direitos reprodutivos das pessoas que vivem com HIV/aids.

Neste sentido, reafirma-se a necessidade de que os serviços de referência em DST/aids atuem em consonância com os programas de atenção à saúde da mulher, de modo integral, calcados nos princípios do Sistema Único de Saúde. Espera-se que este estudo possa contribuir para a melhoria da prática profissional daqueles que trabalhem diretamente com pessoas que vivem com HIV/aids, na medida em que o crescente processo de feminização, marcante no perfil epidemiológico brasileiro, sinaliza a necessidade de considerarmos o enfoque de gênero nas ações de saúde.

A discussão trazida certamente suscita novas questões de análise para pesquisas futuras. Considera-se extremamente relevante que o tema das moralidades vigentes nas práticas em saúde sejam investigadas com mais profundidade, principalmente no que se refere às ações de planejamento familiar no contexto da soropositividade.

**REFERÊNCIAS**

- Ávila, M. B. (1999) Feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos. Em L. Scavone (Org.), *Género y salud reproductiva en América Latina* (pp.57-83). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Aguiar, J. M. (2004). *Mulheres, aids e o serviço de saúde: interfaces*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Alves, R. N., Kovács, M. J., Stall, R. & Paiva, V. (2002). Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 32-39.
- Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I., Calazans, G.J. & Saletti-Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. Em R.M. Barbosa & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Ayres, J.R.C.M (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Ayres, J.R.C.M (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface- comunicação, saúde e educação*, 6(11), 11-24.
- Azevedo, A.M. (2005). *Gestação e HIV/AIDS: uma discussão bioética sobre vulnerabilidade conjugal e desigualdade de gênero*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Azevedo, A. M. & Guilhem, D. (2005). A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/Aids. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17 (3), 189-196.
- Barbosa, R. M. & Knauth, D. R. (2003). Esterilização Feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), 365-376.

- Bardin L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
- Barroso, L.M.M., Carvalho, C.M.L., Galvão, M.T.G., Vieira, N.F.C. & Barroso, M.G.T. (2005). Aspectos éticos da interação enfermeiro-puérpera com HIV/Aids. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17(3), 197-200.
- Bastos, F. I. & Szwarcwald, C. L. (2000). Aids e pauperização: principais conceitos e evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1), 65-76.
- Bedimo, A. L., Bessinger, R. & Kissinger, P. (1998). Reproductive choices among HIV positive women. *Social Science and Medicine*, 46, 171-179.
- Brito, A. M., Castilho, E. A. & Szwarcwald, C. L. (2001). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217.
- Brito, A. M., Souza, J. L., Luna, C. F. & Dourado, I. (2006). Tendência da transmissão vertical de aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40 (Supl.), 18-22.
- Cabral, C.S. (1998). Mujeres VIH positivas y su representación social de la maternidad. Em: A. Gómez (Org). *Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Barcelona: Cuadernos Mujer y salud, 3, 98-101.
- Carvalho, W. E. S., Seidl, E. M. F., Lima, L. & Silva, L. (1999). AIDS e gestação: aspectos psicossociais [Resumo]. Em *Anais do XII Congresso Latino-americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis* (p. 116). Salvador: Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Connor, E. M., Sperling, R. S., Gelber, R. Kiselev, P, Scott, G., O'Sullivan, M.J., VanDyke, R., Bey, M.; Shearer, W., Jacobson, R.L., Jimenez, E., O'Neil, E., Bazin, B., Delfraissy, J.F., Culnane, M., Coombs, R., Elkins, M., Moye, J., Stratton, P. & Balsey, J.(1994). Reduction of maternal infant transmission of

human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, 331, 1173-1180.

Corrêa, S.; McIntyre, P.; Rodrigues, C.; Paiva, A. & Marks, C. (2005). The population and reproductive health programme in Brazil 1990-2002: lessons learned. *Reproductive Health Matters*, 13(25), 72-80.

Costa, A.M. (1999). Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. Em: K. Giffin (Org.) *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Dalapria, T. R. & Neto, F. R. G. X. (2004). Práticas Sexuais e escolhas reprodutivas de casais sorodiferentes para o HIV. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(4), 19-26.

Diaz, T., Schable, B. & Chu, S. (1995). Relationship between use of condoms and other forms of contraception among human immunodeficiency virus-infected women. *Obstetrics and Gynecology*, 86(2), 277-282.

Dowsett, G.W. (2006). Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da aids. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 1(1), 39-49.

Faúndes, A., Costa, R.G., Pádua, K.S. & Perdigão, A.M. (1998). Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sociodemográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 49-57.

Galvão, M.T.G., Cerqueira, A.T.A.R., Marcondes-Machado, J. (2004). Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 194-200.

Geluda, K., Bosi, M.L.M., Cunha, A.J.L.A. & Trajman, A. (2006). “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo

masculino por adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1671-1680.

Giacomozzi, A. I. & Camargo, B. V. (2004). Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da aids. *Psicologia: Teoria e prática*, 6(1), 31-44.

Giffin, K. & Lowndes, C. M. (1999). Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: A Brazilian study of clinical practice. *Social Science and Medicine*, 48, 283-292.

Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Supl.), 103-112.

Gonçalves, E. H. (2002). *Da gramática dos sonhos e da realidade: uma leitura bioética das campanhas educativas governamentais de prevenção ao HIV/AIDS e sua aplicabilidade às mulheres casadas*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

González-Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Tomson Learning. 188 p.

Guilhem, D. (2005). *Escravas do Risco: bioética, mulheres e aids*. Brasília: Editora UnB, 248 p.

Guimarães, C. D. (1996). “Mas eu conheço ele!”: Um método de prevenção do HIV/aids. Em: R.Parker & J.Galvão (Orgs). *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil* (169-179). Rio de Janeiro: Relume Dumará

Hardy, E., Bahamondes, L., Osis, M.J., Costa, R.G. & Faúndes, A. (1996). Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*, 54, 159-162.

- Healton, C, Taylor, S., Messeri, P, Weinberg, G & Bamji, M. (1999). Effects of ZDV-based patient education on intentions toward ZDV use, HIV testing and reproduction among a US cohort of women. *AIDS care*, 11, 675-686.
- Knauth, D.R. (1997). Maternidade sob o signo da aids: um estudo sobre mulheres infectadas. Em: A. O. Costa (Org). *Direitos tardios, saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. (pp. 39-64). São Paulo: PRODIR/FCC.
- Knauth, D.R. (1999). Subjetividade Feminina e soropositividade. Em: R. Barbosa & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso* (pp.121-136). São Paulo: Editora 34.
- Knauth, D.R., Barbosa, R.M., Hopinks, K., Pegoriano, M. & Fachini, R. (2002). Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da AIDS. *Interface – comunicação, saúde e educação*, 11, 39-54.
- Lindsay, M.K, Grant, J., Peterson, H.B., Willis, S., Nelson, P. & Klein, L. (1995) The impact of knowlege of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repetead pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 85, 675-679.
- Lopes, F. (2003). *Mulheres negras e não-negras vivendo com hiv/aids no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Machado, K. M. M., Ludermir, A. B. & Costa, A. M. (2005). Changes in family structure and regret following tubal sterilization. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(6), 1768-1777.
- Magalhães, J. (2001). *Avaliação do preservativo feminino em mulheres vivendo com o HIV*. Tese de Doutorado, UNICAMP, São Paulo.
- Mann, J., Tarantola, D. J. N. & Netter, T. W.(1992). *AIDS in the world*. Cambridge: Havard Universty Press.
- Ministério da Saúde (1996). *Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (1998). *Aconselhamento em DST, HIV e Aids. Diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2000). *Profissionais de saúde frente ao manejo da infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2001). *Recomendações para a profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia antiretroviral em Gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2002a). *Boletim Epidemiológico AIDS e DST ano XV n°2 - 48ª semana de 2001 à 13ª semana epidemiológica de 2002 – outubro de 2001 a março de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2002b). Projeto Nascer. Portaria 2104 de 19 de novembro de 2002: institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, o Projeto Nascer-Maternidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. [DOU] 2002 nov. 21; seção1.
- Ministério da Saúde (2004). *Recomendações para a profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia antiretroviral em Gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2005a). *Boletim Epidemiológico AIDS e DST ano II n°1 - 1ª à 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2005*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2005b). *Ministério da Saúde lança política nacional que amplia acesso ao planejamento familiar*. Documento retirado do sítio <[www.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=13728](http://www.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=13728)> em 06/01/06.
- Ministério da Saúde (2005c). *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/aids para a atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (2006a). *Boletim Epidemiológico AIDS e DST ano III n°1 - 1ª à 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006b). *Cadernos de atenção básica – HIV/aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006c). *Recomendações para a profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia antiretroviral em Gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Monteiro, S. (1999). *Aids, sexualidade e gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Monteiro, S. (2002). *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro, Ed.Fiocruz
- Moreno, C. C. G. S., Rea, M. F. & Ventura-Filipe, E. (2006). Mães HIV positivo: o dilema da não amamentação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*,6(2), 199-208.
- Nascimento, A. M. G.; Barbosa, C. S. & Medrado, B. (2005). Mulheres de Camaragibe: representação social sobre vulnerabilidade feminina em tempos de aids. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*,5(1), 77-86.
- Newell M-L, Gray G & Bryson Y.J. (1997) Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 transmission. *AIDS*, 11,1165 -1172.
- Oliveira, L. A. & França-Júnior, I. (2003). Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 315-323.
- Oliveira, S.F., Bezerra, R.M., Oliveira, L.M.S.& Saldanha, A.A.W. (2005). A dor do preconceito: um estudo sobre a representação social das gestantes e puérperas



soropositivas acerca do atendimento da equipe de saúde. Trabalho apresentado na IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais – Teorias e Abordagens Metodológicas, João Pessoa, Paraíba.

Padoin, S. M. M. (2006). *O cotidiano da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar: um estudo na perspectiva heideggeriana*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Paiva, V., Bugamelli, L., Leme, B., Ventura-Filipe, E., Tunala, L. & Santos, N. (1998) SIDA, vulnerabilidad y condicionantes de genero Em: A. Gómez (org). *Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Barcelona: Cuadernos Mujer y salud, 3, 34-38.

Paiva, V., Latorre, M. R., Gravato, N. & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1609-1620.

Polejack, L. (2001). *Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para o HIV*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Polejack, L. & Costa, L.F. (2002). Aids e conjugalidade: o desafio de com (viver). *Impulso, revista de ciências sociais e humanas*, 13, 131-139.

Pope, C. & Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed. 118p.

Reis, J. (1999). *O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.

Reis, R.K. (2004). *Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Ribeiro, C.G., Coutinho, M.P.L., Saldanha, A.A.W & Castanha, A.R. (2006). *Estudos de Psicologia (Campinas)*,23(1), 75-81.
- Rodrigues-Júnior, A. L. & Castilho, E. A. (2004) A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(4), 312-317.
- Rutemberg, N., Biddlecom, A. E. & Kaona, F.A.D. (2000). Reproductive decision-making in the context of HIV and AIDS: A qualitative study. *International Family Planning Perspectives*, 26(3), 124-130.
- Sant'Anna, A.C.C. & Seidl, E.M.F. (2005). *Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas: um estudo preliminar*. Mesa redonda apresentada no 13º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Sant'Anna, A. C. C., Seidl, E. M. F. & Galinkin, A. L. (no prelo). Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas: um estudo preliminar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*.
- Santos, N. J., Buchalla, C. M., Ventura-Filipe, E., Bugamelli, L., Garcia, S. & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 12-23.
- Scott, J.W. (1995). *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Recife: SOS Corpo.
- Seidl, E. M. F., Carvalho, W. E. S., Silva, M. Â. (1999). Prevenção da transmissão vertical do vírus HIV: o trabalho com gestantes em serviço de pré-natal. Em: *Anais do XII Congresso Latinoamericano de Doenças Sexualmente Transmissíveis* (p. 117). Salvador: Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

- Seidl, E. M. F.; Zannon, C. M. L. C. & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(2) 188-195.
- Seidl, E. M. F. & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Silva, N. E. K., Oliveira, L.A., Figueredo, W. S., Landroni, M. A. S., Waldman, C. C. S. & Ayres, J. R. C. M. (2002). Limites do trabalho multiprofissional : estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 108-116.
- Silveira, M. F.; Béria, J. U.; Horta, B.L. & Tomasi, E. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 670-677.
- Simões-Barbosa, R. H. S. (2001). Mulheres, reprodução e aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Thackway, S. V., Furner, V., Mijch, A., Cooper, D. A., Holland, D., Martinez, P., Shaw, D., Beek, I.V., Wright, E., Clesy, K. & Kaldor, J. M. (1997). Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *AIDS*, 11, 663-667.
- UNAIDS. (2006). *AIDS epidemic update: special report on HIV/AIDS*. Geneva: UNAIDS.
- Vasconcelos, A. L. R. (2005). *A epidemiologia na avaliação da qualidade da assistência prestada as gestantes/parturientes portadoras do HIV e seus recém-nascidos*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Vasconcelos, A. L. R & Hamann, E. M. (2005). Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da

assistência prestada a gestantes/parturientes infectada pelo HIV e seus recém-nascidos. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 5(4), 483-492.

Vasquez, I. A., Rodriguez, C. F., & Alvarez, M. P. (1998). *Manual de psicologia de la salud*. Madrid: Psicologia Pirâmide.

Vermelho, L. L., Simões-Barbosa, R. H. & Nogueira, S. A. (1999). Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 369-379.

Viana, A. & Lacerda, P. (2004). *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos/Instituto de Medicina Social.

Vinhas, D. C. S., Rezende, L. P. R., Martins, C.A., Oliveira, J. P., Hubner-Campos, R. F. (2004). Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(1), 16-24.

Wade, N. A., Birkhead, G. S. & Warren, B. L. (1998). Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine*, 339(20), 1409-1414.

# **ANEXOS**

**Anexo 1.** Roteiro de entrevista**Roteiro de entrevista**

**Neste momento faremos algumas perguntas para que nós possamos conhecê-la melhor. Lembramos que o sigilo sobre as informações prestadas por você está assegurado.**

**1. Qual a sua idade?\_\_\_\_\_anos**

**2. Qual sua escolaridade?**

- analfabeta
- 1º grau/ ensino fundamental incompleto
- 1º grau/ ensino fundamental completo
- 2º grau/ ensino médio incompleto
- 2º grau/ ensino médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo

**3. Com relação à sua cor de pele, como você se define?**

- branca  preta  amarela  parda  indígena

**4. Há quanto tempo você sabe que é soropositiva? (investigar circunstâncias da descoberta do diagnóstico de soropositividade)**

- menos de um ano  de um a quatro anos  de cinco a nove anos  dez anos ou mais

**Você está fazendo uso de medicação antiretroviral?**

- sim  não

**5. Você está com parceiro atualmente?**

**(em caso de resposta afirmativa)**

**Há quanto tempo convive com o parceiro atual?**

\_\_\_\_\_ meses/anos

**Seu parceiro sabe que você é soropositiva?**

- sim  não  não sei dizer

**Quem sabe sobre sua soropositividade?**

ninguém  parceiro atual  pai/mãe  amigos/outros familiares

**Qual a sorologia do seu parceiro atual?**

HIV+  HIV-  não sei

**6. Você tem filhos?**

sim. Quantos:\_\_\_\_\_?  não

6.1 Possui filho/a soropositivo/a?  sim  não

**Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre as formas de transmissão do HIV.**

**Pense sobre o que você aprendeu sobre esses temas:**

**7. Quais são as formas de transmissão do vírus HIV?**

Categoria de Exposição	Contemplado	Não contemplado
sexual		
sanguínea		
Transmissão Vertical		

**8. Como ocorre a transmissão do vírus HIV da mulher gestante soropositiva para o bebê?**

Transmissão Vertical do HIV	Contemplado	Não contemplado
Gestação		
Parto		
Aleitamento Materno		

**9. É possível evitar ou minimizar a transmissão do vírus HIV da mãe para o bebê?**

sim  não  não sei

### 9.1 Se respondeu afirmativamente: de que modo?

Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV	Contemplado	Não contemplado
Gestação		
Parto		
Aleitamento Materno		
Acompanhamento do bebê		

**Agora, nós vamos conversar um pouco sobre desejo de ter filhos e métodos para evitar a gravidez. Essa nossa conversa, como você já sabe, será gravada.**

10. Você acredita que a condição de soropositividade modifica de alguma maneira a escolha sobre ter ou não filhos das pessoas vivendo com HIV/aids? Em que sentido?

11. Você tem vontade de ter filhos? Explique sua resposta (se esta for afirmativa ou negativa).

12. Em caso de resposta afirmativa: Quais são as ações que tem feito para realizar seus planos de ter filhos?

13. Os profissionais de saúde que a acompanham têm conhecimento de seu desejo de ter filhos?

14. Seus planos com relação à maternidade se modificaram após o diagnóstico de soropositividade (da própria mulher e/ou do diagnóstico do parceiro)?

15. De um modo geral, como você acredita que as pessoas reagem ao saber que uma mulher soropositiva quer ter um filho? Você acha que seria apoiada em sua decisão?

16. Se uma mulher soropositiva ou parceira de uma pessoa soropositiva disser ao médico “quero ter um filho”, o que você acha que ele diria? E com relação aos outros profissionais de saúde?

17. Você tem utilizado algum método contraceptivo atualmente? Qual? Com que frequência? Está satisfeita com o mesmo? Como foi o processo de escolha desse método?

18. No serviço de saúde você conversa com alguém sobre essas questões: desejo ou não de ter filhos e contracepção (como evitar a gravidez)? Se sim, o que é conversado e com qual(is) profissional(is)?

19. Como o sistema de saúde poderia melhorar seu funcionamento para ajudar na defesa dos direitos reprodutivos dos casais soropositivos e/ou sorodiferentes? Quais serviços e procedimentos devem ser oferecidos? Como as equipes devem estar compostas?

20. Você gostaria de fazer algum comentário ou falar sobre algo que não foi mencionado na nossa entrevista?



Anexo 2. Documento de aprovação do projeto de pesquisa no CEP da FS/UnB



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 009/2006

Título do Projeto: “Ser mãe ou não ser? Um estudo sobre as escolhas reprodutivas de mulheres no contexto da soropositividade”.

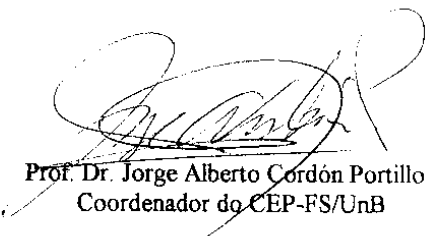
Pesquisadora Responsável: Ana Carolina Cunha Sant’Anna

Data de Entrada: 30/01/2006.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 009/2006 com o título: “Ser mãe ou não ser? Um estudo sobre as escolhas reprodutivas de mulheres no contexto da soropositividade”. Analisado na 1ª Reunião realizada no dia 14 de fevereiro de 2006.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 14 de fevereiro de 2006.



Prof. Dr. Jorge Alberto Córdon Portillo  
Coordenador do CEP-FS/UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Cep. 70.910-900

**Anexo 3. Documento de aprovação do projeto de pesquisa no CEP da SES/DF**

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Carta  
Nº 738/2006 - CEP/SES

Brasília, 4 de setembro de 2006

Par. Senhora  
Daley de Oliveira Albuquerque Filho  
Unidade Mista de Saúde/HRAS/SES  
Brasília -DF

**Assunto: aprovação projeto de pesquisa 140/06– CEP/SES/DF**

Senhor (a) Diretor (a),


Participamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa "**Ser mãe ou não ser? Um estudo sobre as escolhas reprodutivas de mulheres no contexto da soropositividade;**" foi aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa em 4/9/2006, por um período de 2 anos, em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Pesquisador responsável: **Ana Carolina Cunha Sant'Ana**

O pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à unidade de saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao diretor da unidade de saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente.

  
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

**Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Pós-graduação em Psicologia

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Brasília, DF,            de            de 2006

Prezada Senhora,

Somos pesquisadoras do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e estamos solicitando a sua colaboração para participar de um estudo sobre a percepção das mulheres soropositivas ou parceiras de soropositivos quanto ao processo de escolhas reprodutivas, ou seja, a decisão sobre ter ou não filhos. Este estudo poderá contribuir para que os profissionais de saúde possam oferecer um serviço de melhor qualidade, que refletirá na melhoria da assistência em HIV/aids.

Para participar, a Sra deverá responder a uma entrevista. A duração da entrevista será de aproximadamente 20 minutos. Pedimos ainda sua autorização para a gravação em fita cassete dessa entrevista.

Sua participação neste estudo é voluntária e a Sra. poderá se retirar dele a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu atendimento. O sigilo sobre as informações fornecidas e o seu anonimato estão garantidos. Em situação de dúvidas você poderá contatar a pesquisadora principal, Ana Carolina Cunha Sant'Anna, no telefone (61) 9641-5898, ou no Projeto Com-Vivência – Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Portadoras do HIV/Aids e Familiares, no telefone (61) 3448-5416. Esclarecemos ainda que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (tels: 61 3307-2514 e 61 3307-2513) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal ( tel: 61 3325-4955) .

Esperando contar com sua participação, agradecemos antecipadamente sua valiosa colaboração neste trabalho.

Cordialmente,

Eliane Maria Fleury Seidl  
Psicóloga (CRP01 766)  
Professora do IP/UnB

Ana Carolina Cunha Sant'Anna  
Psicóloga (CRP 03 IP 413)  
Mestranda do IP/UnB

Sim, aceito participar do estudo

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_