

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES VIVENDO COM
HIV/AIDS NO SUL DO BRASIL**

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Coorientador: Prof. Dr. Álvaro Vigo

Porto Alegre, abril de 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



TESE DE DOUTORADO

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES VIVENDO COM
HIV/AIDS NO SUL DO BRASIL**

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Teixeira, Luciana Barcellos
Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo
com HIV/Aids no sul do Brasil / Luciana Barcellos
Teixeira. -- 2012.
247 f.

Orientadora: Daniela Riva Knauth.
Coorientador: Álvaro Vigo.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. saúde sexual. 2. saúde reprodutiva. 3.
HIV/Aids. I. Knauth, Daniela Riva, orient. II. Vigo,
Álvaro, coorient. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Regina Maria Barbosa – Núcleo de Estudos de População,
Universidade Estadual de Campinas.

Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker – Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos são para todas as pessoas que compartilharam comigo, de diferentes formas, as vivências nestes anos de doutorado.

Inicialmente, agradeço ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelos ensinamentos e por tantas discussões epidemiológicas e metodológicas de pesquisas, no qual tive a oportunidade de participar como discente.

Faltam palavras para expressar minha gratidão aos meus orientadores. Agradeço à minha orientadora, Professora Dra. Daniela Riva Knauth, que muito me auxiliou desde o início do curso com a elaboração do projeto de Tese até o presente momento, e que sempre esteve disposta a me ajudar, inclusive em situações fora do curso, frente a algumas dificuldades “inesperadas” da vida que surgiram nesta caminhada. Aproveito para registrar a minha imensa admiração por essa pessoa, que é um exemplo de profissional e que exerceu, de forma ímpar, esta orientação, participando em todos os momentos da pesquisa — inclusive na coleta de dados; com ela aprendi o sentido mais amplo da palavra orientador. Minha orientadora fez (pelo menos) três coisas dignas de grande reconhecimento: (a) antes de ver qualquer coisa escrita sobre as minhas ideias, acreditou em mim e investiu sua inteligência e seu tempo; (b) leu as piores versões dos meus resumos, sempre sugerindo alterações sem imposições; (c) estimulou constantemente o meu trabalho. Também agradeço ao meu coorientador, Professor Dr. Álvaro Vigo que, com sua simplicidade, durante todo o curso, nunca perdeu o bom humor e a paciência para compartilhar seus conhecimentos em estatística e epidemiologia com muitos alunos, inclusive comigo.

Para os colegas que ingressaram comigo, meu agradecimento pelas horas de estudo que passamos juntos, em especial aos colegas Gabriele Rochenback, Ediane Lopes, Alessandro Filkensztejn e Janet Trujillo.

Agradeço a todo o grupo que participou da pesquisa “Saúde Sexual e

reprodutiva das mulheres vivendo no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre”, em especial, às alunas Ana Paula Koetz, Samantha Vasquez, Karine Dias Kayser, Luana Trindade e à minha grande amiga e colega de pesquisa e de doutorado, com quem compartilhei momentos felizes e de muita aflição nesta jornada, a querida Flávia Bulegon Pilecco.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo patrocínio da pesquisa e ao Grupo Hospitalar Conceição, pelo apoio concedido em horas para dedicação à pesquisa, através da autorização concedida pelo Dr. Paulo Ricardo Bobek e pela Gerência de Ensino e Pesquisa. É importante agradecer ainda ao funcionário Lélío, pelas orientações para esse apoio.

Não foi fácil estudar e trabalhar, realizando um curso de doutorado que exigiu muitas horas de dedicação e estudo, e, ao mesmo tempo, permanecer exercendo, durante todo o curso, uma atividade profissional que também sempre exigiu muita dedicação. É por isso que eu não poderia deixar de citar, aqui, as pessoas que me forneceram apoio técnico no trabalho, colaborando, de diversas formas, para que eu pudesse conciliar o trabalho noturno com as diferentes atividades do curso de doutorado. Às enfermeiras Angela Betiollo Miranda, Iara Oliveira, Lúcia Bandeira e, em especial, Sueli Dias Souza, os meus sinceros agradecimentos. Para essas grandes profissionais que trabalharam nas minhas folgas, trocas, e cobriram as minhas tantas saídas antecipadas e as entradas fora do horário convencional de trabalho, deixo, aqui, o meu reconhecimento.

Agradeço, ainda, aos amigos pelas palavras de apoio durante o curso e, em especial, à Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto, pelo grande incentivo para a seleção, tanto do mestrado quanto do doutorado, e também pelo incentivo para muitas outras atividades de assistência, ensino e pesquisa que desenvolvi até hoje, no decorrer da trajetória profissional. Agradeço à Profa. Dra. Sonara Lúcia Estima, por acreditar nas minhas competências e oportunizar a primeira atuação como docente, que foi desenvolvida de forma concomitante a este curso de Doutorado. Agradeço, ainda, aos meus queridos alunos do Unilasalle. Além de compartilhar os conhecimentos adquiridos, também aprendi muito com eles.

Agradeço à minha família que é a base de tudo e que sempre me forneceu todo o apoio necessário, às minhas irmãs, em especial aos meus pais — Claudenir e Nanci —, que sempre me incentivaram e ensinaram sobre a importância do estudo e sobre a busca do conhecimento para me tornar uma profissional diferenciada no mercado de trabalho; e, por fim, ao meu marido Gian, pelo apoio incondicional.

Agradeço a presença de todas essas pessoas importantes na minha vida (e outras que não foram mencionadas por falta de lembrança), que colaboraram muito para a compilação de todo o conhecimento adquirido e para a obtenção deste título em três anos de curso.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS.....	009
RESUMO	010
ABSTRACT.....	013
1. APRESENTAÇÃO	016
2. INTRODUÇÃO.....	017
3. REVISÃO DE LITERATURA	021
3.1. Marco histórico-conceitual	021
3.2. Saúde sexual e reprodutiva na política pública brasileira	033
3.3. Algumas questões sobre saúde sexual reprodutiva no Brasil.....	042
3.4. Feminização da epidemia da Aids e implicações para a saúde sexual e reprodutiva.....	049
3.5. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/Aids.....	053
4. OBJETIVOS	063
5. REFERÊNCIAS	064
6. ARTIGO 1	079
7. ARTIGO 2	103
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
9. ANEXOS: DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA	126
A. Parecer Consubstanciado da Faculdade de Medicina da UFRGS.....	127
B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.....	129
C. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.....	130
D. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	131
E. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre	132
F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – UFRGS	133
G. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Hospitalar Conceição	135
H. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	137

I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Prefeitura de Porto Alegre	138
J. Questionário da pesquisa (versão impressa)	139

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais.

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para *Acquired Immune Deficiency Syndrome*).

BEMFAM – Bem-Estar Familiar no Brasil.

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas.

CPAIMC – Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança.

CPI – Comissão de Inquérito Parlamentar.

DIU – Dispositivo Intrauterino.

DST – Doença(s) Sexualmente Transmissível(is).

FLASOG – Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia.

HIV – Vírus da Aids (sigla em inglês para *Human immunodeficiency virus*).

HPV – Papillomavirus humano (sigla em inglês para *Human Papillomavirus*).

IWHC – International Women's Health Coalition.

OMS (WHO) – Organização Mundial de Saúde (sigla em inglês para *World Health Organization*).

ONU – Organização das Nações Unidas.

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UNAIDS – Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (abreviatura em inglês para *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*).

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas (abreviatura em inglês para *United Nations Population Fund*).

RESUMO

Introdução: O crescimento da epidemia da Aids entre mulheres, fenômeno denominado de “feminização” da epidemia, chamou atenção da comunidade internacional pelo fato da maioria dessas mulheres encontrarem-se em idade reprodutiva. O aumento da expectativa de vida proporcionado pela terapia antirretroviral, bem como a redução nas taxas de transmissão vertical do HIV obtida com o uso de medicação adequada durante a gestação, parto e primeiros meses de vida do recém-nascido, trazem um novo contexto para decisões reprodutivas e os comportamentos sexuais das mulheres vivendo com HIV/Aids. É importante destacar que a infecção pelo HIV se insere em um contexto mais amplo de questões que afetam a saúde das mulheres, como a violência, infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), altas taxas de esterilização cirúrgica, abortos clandestinos e elevado índices de mortalidade materna.

Objetivos: O presente estudo tem por objetivo investigar as especificidades das mulheres vivendo com HIV/Aids, na cidade de Porto Alegre, no que concerne à saúde sexual e reprodutiva. Busca, especificamente, analisar o comportamento, em termos de saúde sexual e reprodutiva, adotado pelas mulheres vivendo com HIV/Aids segundo a faixa etária e investigar os fatores associados à ocorrência de gestações após o diagnóstico de HIV.

Metodologia: Os dados analisados são resultantes de uma pesquisa transversal, realizada com mulheres em idade reprodutiva, de 18 a 49 anos, divididas em dois grupos: mulheres com diagnóstico de HIV e mulheres sem diagnóstico conhecido de soropositividade para o HIV. A coleta de dados foi realizada de janeiro a novembro de 2011. Para a presente Tese são analisados exclusivamente os dados do grupo de mulheres soropositivas para o HIV. Para esse grupo, foram abordadas 756 mulheres para as entrevistas, das quais 65 (8,6%) recusaram a participação no estudo, sendo a amostra final composta por 691 mulheres. As participantes foram selecionadas nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids da cidade de Porto Alegre, Brasil. As mulheres foram selecionadas de forma aleatória, a partir das agendas de

marcação de consultas de todos os profissionais que atendiam nesses serviços. De um total de 1193 consultas agendadas por mulheres elegíveis, 436 mulheres (36,5%) não compareceram, tendo sido repostas na pesquisa pela seleção de consultas subsequentes.

Resultados: Em relação à faixa etária, diferenças estatisticamente significativas foram observadas no número de gestações e número de filhos entre as mulheres analisadas ($p < 0,001$). Cerca de um quarto das mulheres de 18 a 24 anos, nunca tiveram filhos. Dentre as mulheres de 45 a 49 anos, 31% tinham 4 ou mais filhos. Na amostra estudada, 31,6% das mulheres já tiveram 10 ou mais parceiros sexuais na vida. Não foi observada diferença significativa entre os grupos etários quanto ao número de parceiros sexuais na vida ($p = 0,129$).

O percentual de uso de medicação antirretroviral aumenta progressivamente conforme as faixas etárias, chegando a 86,7% entre mulheres de 45 a 49 anos ($p < 0,001$). O uso de drogas ilícitas durante a vida é mais frequente na faixa dos 18 aos 34 anos ($p < 0,001$). A prática de sexo por dinheiro foi mais frequente entre as mulheres mais jovens, de 18 a 29 anos ($p = 0,009$). O uso da camisinha na última relação sexual foi relatado por 62,7% da amostra, e também não houve diferença entre os grupos.

Quanto à gestação após o diagnóstico do HIV observa-se que, da amostra estudada, 240 mulheres (35,2%) apresentaram gestações após o diagnóstico. Na análise multivariável, as variáveis que mostraram associação com o desfecho foram: idade, uso do preservativo após diagnóstico, desejo de fazer laqueadura, violência, número de filhos, idade do diagnóstico de HIV e não ter gestação anterior ao diagnóstico.

Conclusões: O presente estudo fornece importantes evidências de alguns fatores que caracterizam a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV, que são bastante diferenciados quando consideramos a faixa etária das entrevistadas. São as mais jovens que declararam, em maior proporção, já ter feito uso de drogas durante a vida, da mesma forma que, também, são a maioria que afirma já ter realizado sexo em troca de dinheiro. As variações observadas em termos do

comportamento de sexual e reprodutivo, segundo a faixa etária, implicam demandas diferenciadas de atenção nos serviços de saúde.

Da mesma forma, nossos dados permitem concluir que a gravidez após o diagnóstico da infecção pelo HIV não representa, necessariamente, para as mulheres investigadas, o exercício de um direito reprodutivo. Pelo contrário, essas gestações têm se dado em contextos de grande vulnerabilidade individual, social e programática. A gravidez pode, nesse sentido, expressar o precário acesso das mulheres aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a um planejamento familiar inadequado. Pode, ainda, ser uma estratégia de inserção social e uma forma de lidar com o preconceito, ainda bastante disseminado, trazido pela Aids.

ABSTRACT

Introduction: The growth of the Aids epidemics among women, a phenomenon denominated “feminization” of the epidemics, has drawn the attention of the international community to the fact that most of these women are at reproductive age. The increase in life expectancy enabled by antiretroviral therapy, as well as the reduction in the HIV vertical transmission rates achieved by using suitable medication during pregnancy, delivery and first months of the newborn, gives rise to a new context for reproductive decisions and sexual behaviors of women living with HIV/Aids. It is important to highlight that the HIV infection lies within a wider context of issues that affect the health of women, such as violence, infection of other sexually transmissible diseases, high rates of surgical sterilization, clandestine abortions, and high rates of maternal mortality.

Objectives: The present study intends to investigate the specificities of women living with HIV/Aids, in the city of Porto Alegre, regarding their sexual and reproductive health. It seeks to particularly analyze the behavior, in terms of sexual and reproductive health, adopted by women living with HIV/Aids according to their age group and investigate the factors associated with the occurrence of pregnancies after the HIV diagnosis.

Methodology: The analyzed data result from a transversal study conducted on women at reproductive age, from 18 to 49 years old, divided in two groups: HIV women and HIV-negative women. Data collection was performed from January to November 2011. For the present thesis, the data from the group of HIV-positive women are exclusively analyzed. For this group, 756 women were approached for the interviews, of which 65 (8.6%) refused to participate in the study, the final sample comprising 691 women. The participants were selected at HIV/Aids-specialized healthcare services in the city of Porto Alegre, Brazil. The women were chosen at random from the appointment books of all professionals working in these services. Of a total of 1193 appointments scheduled by eligible women, 436 women (36.5%) did not attend and were replaced in the study by selecting subsequent appointments.

Results: For the age groups, statistically significant differences were observed in the number of pregnancies and number of children among the analyzed women ($p < 0.001$). Around one fourth of women between 18 and 24 years old never had children. Among women from 45 to 49 years old, 31% had four or more children. In the sample under study, 31.6% of women had 10 or more sexual partners in their lifetime. No significant difference was observed between the age groups for the number of sexual partners in their lifetime ($p = 0.129$).

The percentage use of antiretroviral medication increases progressively according to the age groups, reaching 86.7% among women between ages 45 and 49 ($p < 0.001$). The use of illegal drugs in the lifetime is more frequent in the age group from 18 to 34 years ($p < 0.001$). The practice of sex for money is more frequent among younger women, from 18 to 29 years old ($p = 0.009$). The use of condom in the last sexual intercourse was reported by 62.7% of the sample, and there was no difference between groups either.

As for pregnancy after the HIV diagnosis, it is observed that, of the sample under study, 240 women (35.2%) became pregnant following the diagnosis. In the multivariable analysis, the variables that were correlated with the outcome were: age, use of condom after diagnosis, desire to undergo tubal ligation, violence, number of children, age at HIV diagnosis, and no pregnancy prior to the diagnosis.

Conclusions: The present study provides important evidence that some factors characterizing the vulnerability of women to HIV infection are quite different when we consider the age of the interviewees. Younger women are the ones who state in larger numbers to have taken drugs during their lifetime, likewise they comprise the largest group that states to have had sex for money. The variations observed regarding sexual and reproductive behavior according to the age group imply differentiated demands for attention in health services.

Similarly, our data allow us to conclude that pregnancy after diagnosis of HIV infection does not necessarily mean, for the women under study, the exercise of a reproductive right. On the contrary, these pregnancies take place in contexts of high individual, social and programmatic vulnerability. Pregnancy may, in this sense,

express the precarious access of women to health services and, consequently, to suitable family planning. It can also be a social insertion strategy and a way to cope with the still widespread prejudice caused by Aids.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 27 de março de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos.
2. Artigo(s).
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Após a eclosão da epidemia da Aids nos anos 80, uma rápida expansão do vírus HIV foi documentada. A dificuldade de acesso ao tratamento fez com que a doença levasse a altos índices de mortalidade. Inicialmente, a Aids foi documentada em homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis, que caracterizaram os chamados “grupos de risco”, deslocamento discursivo da noção epidemiológica de “fator de risco”, que acabou gerando estigmatização e baixa eficácia das medidas preventivas (AYRES, 1999). Posteriormente, para romper com o estigma produzido sobre determinados grupos e direcionar as estratégias de prevenção para toda a população, o conceito de grupo de risco foi substituído pela ideia de “comportamento de risco”. Contudo, os chamados “comportamentos de risco”, onde se destacavam a “promiscuidade sexual” e o uso de drogas injetáveis, pareciam estar distantes da maioria das mulheres, visto que grande parte delas mantinha relacionamentos afetivo-sexuais com parceiros considerados estáveis e não utilizavam drogas injetáveis.

Ao longo dos anos, as mulheres foram acometidas pela epidemia de forma bastante rápida, o que caracterizou um processo chamado de “feminização” da epidemia da Aids. Inicialmente, esse crescimento de número de casos de Aids entre mulheres foi considerado um fenômeno restrito ao continente africano e, logo depois, tornou-se uma realidade mundial. O crescimento da Aids entre as mulheres chamou atenção da comunidade internacional, principalmente por estar a maioria dessas mulheres em idade reprodutiva, elemento que coloca uma série de implicações sobre as trajetórias e decisões reprodutivas (BRASIL, 2009d).

A expansão da epidemia da Aids entre as mulheres, levantou importantes discussões sobre direitos humanos, em função da discriminação relacionada à doença, de forma que o estigma hoje sobre as mulheres, é uma das mais significativas formas de violência e violação dos direitos humanos das mulheres no Brasil, uma vez que a prática do estigma, ajuda a difundir imagens estereotipadas e

discriminatórias das mulheres (BRASIL, 2009d). O fato de a maioria das mulheres acometidas estar em idade reprodutiva, sendo grande parte delas diagnosticadas durante o pré-natal, produziu um impacto nas discussões em torno dos direitos sexuais e reprodutivos.

No Brasil, dos 14.528 casos de Aids que foram notificados em 2011, 38% foram em mulheres. Ao longo dos anos, a razão de casos notificados de Aids por sexo (razão masculino/feminino) diminuiu sistematicamente, passando de 15,3 homens por mulher em 1986, para 1,7 homens por mulher em 2010, sendo que, nas faixas etárias de 13 a 19 anos, o número de mulheres infectadas já é maior do que o número de homens (BRASIL, 2011a).

Conforme os dados do último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2011), o Rio Grande do Sul apresenta a mais alta taxa de incidência de casos de Aids por 100.000 habitantes desde o ano 2000 (BRASIL, 2011a); além disso, o estado apresenta a maior proporção de casos de Aids notificados entre mulheres, que chegou a 43% em 2011 (BRASIL, 2011b), dados similares aos apontados pela UNAIDS em países africanos (UNAIDS, 2011). Porto Alegre também ocupa uma posição especial, está no topo da lista chamada pelo Ministério da Saúde de “Ranking de taxa de incidência de casos de Aids por 100.000 habitantes nas capitais brasileiras”, com 99,8 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a).

Com o aumento do número de casos de Aids entre mulheres, várias ações de saúde foram propostas para o enfrentamento da epidemia e assistência integral à saúde das mulheres vivendo com HIV/Aids. Dentre essas ações se destacam a ampliação da testagem anti-HIV no pré-natal e o uso da terapia antirretroviral como forma de prevenção da transmissão vertical do vírus¹, trazendo novas possibilidades em termos de experiências reprodutivas. O movimento de mulheres criticou, entretanto, o fato de a maioria das ações de saúde ditas como de saúde sexual e reprodutiva, centrarem-se na prevenção da transmissão vertical, com uma restrita preocupação com a realização da testagem anti-HIV para fins de profilaxia, sem

¹ Conforme o Ministério da Saúde, “transmissão vertical é aquela que ocorre pela passagem do vírus HIV da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação”. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis. Brasília: 2007, p.9.

considerar as demais questões que envolvem a sexualidade e a saúde reprodutiva dessas mulheres. Para responder a essa questão, no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST, que foi reeditado em 2009. Esse plano tem o intuito de contribuir efetivamente para a alteração dos contextos de vulnerabilidade que tornam as mulheres mais suscetíveis à infecção pelo HIV, a outras infecções de transmissão sexual e ao adoecimento.

É importante destacar que a infecção pelo HIV parece estar muito próxima a outras situações que envolvem a saúde das mulheres, como, por exemplo, a violência. Além disso, ela se insere em um contexto de aumento da incidência de outras doenças sexualmente transmissíveis (como a sífilis e o HPV), de altas taxas de esterilização cirúrgica, abortos clandestinos e elevados índices de mortalidade materna, impondo-se como um agravante a estas situações (BARBOSA, 2003) e, conseqüentemente, às condições gerais de saúde das mulheres.

A presente Tese se insere dentre as iniciativas acadêmicas que se dedicam a analisar e compreender os contextos de vulnerabilidade no qual as mulheres vivendo com HIV/Aids estão inseridas e os impactos da epidemia sobre desfechos de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, não somente analisando a questão da maternidade, mas, também, outras situações de saúde citadas acima.

Alguns estudos conduzidos em São Paulo trouxeram importantes contribuições para compreender questões relacionadas com a sexualidade das mulheres HIV positivas no Brasil (PAIVA et al., 2002; PAIVA et al., 2007; SANTOS et al., 2002). Vale ainda destacar, uma ampla pesquisa realizada entre 2003 e 2004, incluindo 13 municípios brasileiros, em que o Rio Grande do Sul foi representado pela cidade de Pelotas, que fornece subsídios, ao comparar mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids, para a compreensão dos contextos de vulnerabilidade nos quais as primeiras estão inseridas (PAIVA et al., 2009).

Considerando-se a magnitude dos dados epidemiológicos apresentados sobre o Rio Grande do Sul e na cidade de Porto Alegre, e a escassez de estudos que explorassem, com metodologia quantitativa, a temática apresentada na região, no

ano de 2009, foi planejada uma pesquisa para estudar as especificidades, em termos de saúde sexual e reprodutiva, das mulheres vivendo com HIV/Aids, em Porto Alegre. Trata-se de um estudo de maior amplitude, desenvolvido no ano de 2011, que incluiu mulheres com diagnóstico de HIV e mulheres sem diagnóstico conhecido de soropositividade para o HIV, e foi elaborado com a combinação de metodologia de pesquisa qualitativa e quantitativa. Para a elaboração desta Tese, trabalhou-se, exclusivamente, com dados do componente quantitativo da pesquisa e com mulheres com diagnóstico de HIV/Aids. Essas mulheres foram recrutadas, por método aleatório, nos seguintes serviços públicos de assistência especializada em HIV/Aids da cidade de Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmeina, Hospital Sanatório Partenon, Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids, localizado no Centro de Saúde Vila dos Comerciários e Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids, localizado no Centro de Saúde IAPI.

A fim de compreender esse contexto de vulnerabilidade das mulheres vivendo com HIV/Aids, a presente Tese traz a análise de parte dos dados coletados nesta pesquisa, que são apresentados em dois artigos. O primeiro busca compreender as diferenças e semelhanças do universo de mulheres vivendo com HIV/Aids, segundo sua fase de vida. Para tanto, foca-se na comparação de características sociodemográficas e de saúde sexual e reprodutiva por grupos etários, descrevendo as mulheres que são atendidas nos serviços públicos especializados em HIV/Aids na cidade de Porto Alegre.

O segundo artigo tem por objetivo analisar como o diagnóstico de HIV/Aids impacta sobre as decisões reprodutivas das mulheres. Nesse sentido, estabelece uma comparação entre mulheres com e sem gestações após o diagnóstico e procura analisar fatores que estejam associados com a ocorrência de gestações após o diagnóstico de HIV/Aids.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Marco histórico-conceitual

Saúde sexual e reprodutiva

Os direitos e a saúde sexual e reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente, mas que representam uma conquista histórica. As questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos fazem parte da temática mais ampla dos direitos humanos, e reportam às questões da cidadania moderna, pensadas a partir dos princípios iluministas do século XVIII. Ao longo dos anos, os temas hoje relacionados aos direitos e à saúde sexual e reprodutiva estiveram atrelados às preocupações com o crescimento e desenvolvimento populacional e foram alvo de muitas discussões entre movimentos políticos, religiosos e sociais no mundo, debatidos em diversas conferências internacionais, em especial nas conferências internacionais sobre população.

Segundo Alves (2002), as discussões sobre crescimento e desenvolvimento populacional iniciam-se próximo do ano de 1800, quando Thomas Malthus, economista e pastor da Igreja Anglicana, apresenta uma posição pessimista de que a população tende a crescer mais rápido do que os meios de subsistência, sendo o desenvolvimento e o progresso objetivos utópicos (assim chamado modelo malthusiano). Em seu modelo, Malthus não separa a atividade sexual da reprodução, é contra a utilização de métodos contraceptivos e o aborto, e concorda com o aumento da idade ao casar e a abstinência sexual fora do casamento como únicos meios aceitáveis de limitação na natalidade.

Durante o século XIX e primeira metade do século XX, o fenômeno chamado de transição demográfica — em que se observam quedas nas taxas de mortalidade (especialmente a mortalidade infantil) e natalidade — é documentado. Entre 1950 e 1960, os dados estatísticos mostraram que o mundo apresentou o maior crescimento demográfico de toda a história da humanidade. Para explicar esses

fenômenos, demógrafos utilizam diferentes teorias, envolvendo aspectos de saúde reprodutiva nesse processo, justificando, assim, a necessidade de políticas demográficas que reduzissem a fecundidade, mesmo que de forma coercitiva. Esse tipo de preocupação é que fundamenta as análises do chamado pensamento neomalthusiano. A diferença entre o modelo malthusiano e o neomalthusianismo é que, o segundo aceita e recomenda os métodos contraceptivos como forma de limitação da fecundidade (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Ao longo do século XX, cinco importantes conferências mundiais de população — Roma, em 1954; Belgrado, em 1965; Bucareste, em 1974; México, em 1984; e Cairo, em 1994 —, organizadas para debater temas inerentes ao crescimento e desenvolvimento populacional, marcam conquistas históricas no âmbito dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva.

A Conferência realizada em Roma, em 1954, foi promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em colaboração com a União Internacional para o Estudo Científico da População. Inicialmente, ela tinha um caráter eminentemente científico. Houve, entretanto, um intenso debate sobre o papel da população no desenvolvimento. Os países capitalistas avançados (chamados “Primeiro Mundo” ou “países do Norte”) defenderam posições neomalthusianas, argumentando que o alto crescimento populacional poderia ser um entrave ao desenvolvimento econômico (CORRÊA et al., 2006). Os argumentos eram baseados no modelo idealizado por Malthus, que colocava a população como culpada pelos seus próprios males e como o principal obstáculo ao desenvolvimento econômico e social (ABEP; UNFPA, 2009).

Na Conferência de Belgrado, em 1965, foi feita menção explícita a métodos contraceptivos como a pílula e o dispositivo intrauterino (DIU), à esterilização masculina e ao aborto legalizado, quando aceitos pela sociedade. Os países não alinhados (do chamado “Terceiro Mundo” ou “países do Sul”) dividiram-se entre as três visões existentes: “controlistas”, “natalistas” ou a população concebida como “elemento neutro” para o desenvolvimento (CORRÊA et al., 2006). O termo controlista designava as políticas que preconizam um papel mais incisivo do Estado

sobre o controle da fecundidade; o termo “natalista” descrevia políticas de incentivo à natalidade; já o termo “elemento neutro”, designava países que acreditavam ser a população um “fator neutro”, cujos problemas se deviam unicamente às injustiças dos sistemas econômicos e à propriedade desigual dos meios de produção (BARZELATTO, 1998).

Na esfera política, observa-se que o conceito de saúde reprodutiva sempre esteve muito associado às questões de controle da natalidade e crescimento populacional. Embora precedida por duas conferências mundiais, de caráter técnico-científico sobre o tema, a Terceira Conferência Mundial sobre População, a Conferência de Bucareste, de 1974 foi, na verdade, a primeira grande conferência intergovernamental a tratar do assunto e, portanto, é conhecida como marco histórico de políticas populacionais. Na época, havia uma grande divisão política e econômica sobre os chamados “países do Primeiro Mundo” e do “Terceiro Mundo” ou países desenvolvidos e subdesenvolvidos (hoje, ditos em desenvolvimento). O atraso no desenvolvimento desses últimos era atribuído ao crescimento desenfreado da população. O Plano de Ação de Bucareste convidava os países a considerar a conveniência de adotarem políticas populacionais, cuja ajuda de países ricos aos países pobres estava condicionada ao desenvolvimento de políticas de controle de natalidade, visando a queda do crescimento populacional (BARZELATTO, 1998). Representantes dos países em desenvolvimento defenderam a tese de que o crescimento populacional estava vinculado ao grau de desenvolvimento dos países; sendo assim, assumiam postura natalista — através do *slogan* “desenvolvimento é o melhor contraceptivo” (FREEDMAN; ISAACS, 1993), argumentando que o crescimento populacional seria um sinal de afirmação nacional e o controle da natalidade seria uma ingerência dos países mais ricos sobre a soberania dos países mais pobres (CORRÊA et al., 2006). Para os representantes dos países em desenvolvimento, a prioridade dada pelos governos dos países desenvolvidos em controlar o crescimento populacional era uma armação para assegurar a sua primazia na ordem internacional e não um plano ‘humano’ de atenção à população dos países menos desenvolvidos. A Conferência de Bucareste,

mesmo após conflitos entre as delegações dos países do Norte e do Sul, acabou por reafirmar a linguagem do direito às escolhas reprodutivas — que ocorreu na I Conferência Internacional de Direitos Humanos em Teerã, em 1968. Além disso, passou a estabelecer que as pessoas devem ter os meios, bem como informação e educação para o exercício do direito reprodutivo (FREEDMAN; ISAACS, 1993).

A interferência dos movimentos religiosos, mais particularmente da Igreja Católica, é explicitada na conferência sobre população que ocorreu na cidade do México, em 1984, segunda com participação da ONU. A Conferência ocorreu após a adoção, em muitos países, de políticas de apoio ao planejamento familiar ou de programas de planejamento populacional. A China pode ser citada como o grande exemplo, pois, em 1979, havia implantado uma política rigorosa de controle da natalidade, a chamada prática de “um filho por casal”, onde o Estado estabelecia multas e cortes de benefícios às famílias que transgrediam essa determinação. Nessa conferência, tornou-se explícita a posição dos Estados Unidos, junto ao Vaticano, de condenação religiosa do uso de métodos contraceptivos. Na época, o governo brasileiro havia acabado de aprovar a integração do apoio ao planejamento familiar aos serviços públicos de saúde (BARZELATTO, 1998). As Recomendações de 1984 observavam que a capacidade das mulheres de controlar sua própria fecundidade constituía base importante para o gozo de outros direitos; da mesma forma, a garantia de oportunidades socioeconômicas iguais às dos homens, permitiriam a elas assumir maior responsabilidade em suas vidas reprodutivas. Também foi sugerido aos governos que disponibilizassem, universalmente, programas de planejamento familiar (ABEP, 2008).

Em relação aos movimentos sociais, é o movimento feminista quem acirra os embates nessa temática. Em 1933, uma norueguesa feminista, chamada Elise, defende o direito das mulheres de administrarem o tamanho de suas famílias, em um evento público, com o seguinte discurso: “Eu sonho com o dia em que cada criança nascida é planejada e bem-vinda, quando homens e mulheres forem iguais e a sexualidade seja uma expressão de intimidade, prazer e carinho” (apud FONSECA, 2008, p.12).

Por sua posição de defesa dos direitos reprodutivos da mulher, Elise foi banida da Noruega e precisou mudar de nome para exercer a profissão de jornalista na Suécia. Na mesma época, outras feministas que lutaram na defesa do direito das mulheres de controlarem o próprio corpo e sua sexualidade foram “malvistas” por grupos sociais, religiosos e conservadores (ABEP, 2008).

O movimento feminista contribuiu significativamente para a mudança de paradigmas na área dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, ocorrida a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada na cidade do Cairo, em 1994, que teve a reprodução como um de seus elementos centrais. O lema do grupo, na década de 70, era “nosso corpo nos pertence”, em clara oposição à interferência da Igreja e do Estado nas decisões sobre sexualidade e reprodução das mulheres. Nessa época, questões relativas à sexualidade e aos direitos reprodutivos já eram entendidas como centrais para a ética feminista (PETCHESKY; JUDD, 1999).

Pela forte pressão do movimento feminista, é na Conferência do Cairo que se discute, pela primeira vez, a atenção dada à situação e ao papel da mulher na sociedade, incluindo o conceito de direitos reprodutivos, que amplia o conceito de saúde sexual e reprodutiva. Essa conferência é considerada um marco mundial no tratamento das questões de planejamento e desenvolvimento populacional. É a partir da sua realização que as perspectivas controlistas dão lugar à perspectiva de direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva.

É importante destacar que, além das questões sobre saúde da mulher, uma série de declarações internacionais na área de direitos humanos (divulgadas nas conferências da ONU, a partir dos anos 70) ajudou a preparar a mudança de paradigmas ocorrida na Conferência do Cairo. As desigualdades de gênero passaram a fazer parte das questões populacionais, ficando claro que as mulheres apresentavam piores condições sociais, econômicas e culturais, quando comparadas aos homens. Segundo Barsterd (2002, p.87):

Ao afirmar que os direitos das mulheres são direitos humanos, a Declaração e o Programa de Ação da conferência Mundial de

Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, pela Organização das Nações Unidas, deram alento à introdução da perspectiva de gênero em todas as demais Conferências da ONU da década de 90. Em Viena, as Nações Unidas reconheceram que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional. Consolidou-se, dessa forma, um longo caminho iniciado em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Nesse sentido, a maior vitória da CIPD do Cairo foi deslocar o “problema populacional” da perspectiva puramente econômica e ideológica para situar as questões relativas à reprodução no marco da saúde e dos direitos humanos (ABEP; UNFPA, 2009). No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, os avanços conceituais promovidos pela Conferência do Cairo são inegáveis, entretanto, cabe salientar que, na época, os conceitos de saúde sexual e reprodutiva consistiram, fundamentalmente, na crítica às perspectivas do neomalthusianismo, de necessidade de planejamento populacional e ruptura do modelo biomédico centrado na reprodução. Ainda assim, os princípios e o programa de ação desta conferência forneceram embasamento para uma série de encontros internacionais e nacionais realizados posteriormente, que ampliam as discussões sobre conceitos de saúde, saúde sexual e saúde reprodutiva; e para, além disso, o programa mobiliza organizações multilaterais, governamentais, não governamentais e a sociedade civil em geral, para garantir o cumprimento do programa estabelecido.

O conceito de saúde reprodutiva, criado no contexto da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1988 e utilizado até hoje, foi amplamente discutido na Conferência do Cairo. Na época, a OMS sustentava a posição de que o conceito deveria ter três elementos básicos: autonomia tanto para a reprodução como para regular a fecundidade; necessidade de gestações e partos seguros; e que o resultado da gestação fosse bem-sucedida em termos de bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido (ARILHA; BERQUÓ, 2009):

No âmbito da definição da OMS de saúde como um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, a saúde reprodutiva contempla os processos de reprodução, funções e sistema em todas as fases da vida. A saúde reprodutiva, portanto,

implica que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual responsável, satisfatória e segura e que elas têm a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e quantas vezes fazê-lo.

Implícito nesse ponto está o direito dos homens e mulheres de serem informados e terem acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de regulação da fecundidade segundo sua escolha, e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam às mulheres uma gravidez e um parto seguros e aos casais a melhor chance de ter um bebê saudável (WHO, 2011a, tradução nossa).

É preciso contextualizar que o conceito de saúde reprodutiva da OMS foi elaborado no intenso debate sobre as questões de planejamento familiar, tendo importante interlocução do movimento de mulheres nas conferências internacionais de população. Se considerarmos o aprofundamento teórico e político desta questão, especialmente com a participação de movimentos sociais — como feministas e homossexuais, as questões de saúde ampliam-se na perspectiva dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais.

O conceito de saúde reprodutiva envolve a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, bem como a liberdade de mulheres e homens, jovens e adultos, decidirem se querem ou não ter filhos, o número de filhos que desejam e em que momento da vida gostaria de tê-los (EngenderHealth; UNFPA, 2008).

Saúde sexual e reprodutiva, de acordo com a definição apresentada no documento final da Conferência do Cairo, é:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança

pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (UNFPA, 1994, capítulo 7, parágrafo 7.2).

É nesse sentido que a Conferência do Cairo inscreve-se no amplo conjunto de iniciativas, em curso sob a égide das Nações Unidas no campo social, com o propósito de melhor adequar o planeta para o próximo milênio, ampliando os conceitos sobre saúde sexual e reprodutiva. Os 179 países reunidos na CIPD aprovaram um programa de ação amplo, que deve ser concluído até 2014, e que contempla desde o desenvolvimento sustentável e a redução da pobreza, até questões de desigualdade de gênero, direitos humanos e empoderamento das mulheres, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva (ABEP; UNFPA, 2009).

O programa de ação estabelece quinze princípios, que cabe destacar, em especial, o Princípio 8:

todos têm o direito a usufruir do mais alto padrão possível de saúde física e mental”, devendo os Estados “adotar todas as medidas apropriadas que assegurem, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de saúde, inclusive os relacionados com a saúde reprodutiva, que incluem o planejamento familiar e a saúde sexual (UNFPA, 1994, capítulo 2).

A temática dos direitos reprodutivos, da saúde sexual e reprodutiva, durante a CIPD, merece distinção especial porque foi o tema mais debatido, mudando totalmente a perspectiva da relação entre planejamento familiar (visto como controle populacional, anteriormente), população e desenvolvimento. A resistência política de setores conservadores, principalmente no campo religioso, além do papel ativo da sociedade civil e organizações não governamentais, confere ao tema uma complexidade única (CORRÊA et al., 2006). Como um componente integral dos serviços de saúde reprodutiva, a CIPD estabelece ações de tratamento e prevenção

das DST, incluindo o HIV (WHO, 2006b), e define a saúde sexual como sendo parte da saúde reprodutiva no seu programa de ação (WHO, 2006a).

Com o surgimento da epidemia da Aids em 1980, a sexualidade passa a ser reconhecida como uma área importante da saúde. Emerge, então, o conceito de saúde sexual, que pode ser visto de forma subordinada ou autônoma à reprodução; o que implica em utilização de conceitos diferentes, que são apresentados a seguir:

A saúde sexual parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade (Galvão, 1999, p.45);

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (IWHC, 1999, tradução nossa).

A OMS define saúde sexual como:

um estado físico, mental e bem-estar social em relação à sexualidade. Ela exige uma abordagem positiva e respeitosa com a sexualidade e as relações sexuais, bem como a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coerção, discriminação e violência (WHO, 2011b, tradução nossa).

Frente ao apanhado histórico e os conceitos apresentados, atualmente, é importante reconhecer que, no mundo das práticas humanas, a atividade sexual não implica, necessariamente, reprodução e, nos dias atuais, embora a reprodução, geralmente, envolva a atividade sexual, as novas técnicas de fertilização *in vitro* possibilitam crescentemente reprodução sem intercurso sexual (CORRÊA et al., 2006).

Considerando que a saúde é um conjunto de condições integrais e coletivas, que pode ser influenciada por inúmeros fatores de ordem política, socioeconômica, cultural, ambiental e biológica, a saúde, como direito fundamental, só pode ser efetivada na observância de alguns princípios básicos, tais como: a não discriminação e a não violência, a liberdade da orientação sexual, a identidade e expressão de gênero, a liberdade de homens e mulheres sobre seu corpo, o acesso às informações corretas e em linguagem adequada, à segurança e ao desenvolvimento em todas as dimensões.

Ao longo dos anos, os conceitos de saúde sexual e reprodutiva passaram a ser percebidos como parte dos direitos sexuais e reprodutivos, embora estes últimos digam respeito a um espectro mais amplo que a esfera da saúde. Apesar de esses conceitos estarem fortemente imbricados, eles não são sinônimos (CORRÊA, 1999).

É importante ressaltar que a efetivação do direito à saúde sexual e à saúde reprodutiva pressupõe, entre outros:

- O direito à autonomia e à liberdade de mulheres e homens sobre seus corpos, como dimensão fundamental da saúde.
- O direito de homens e mulheres de expressar e desfrutar sua sexualidade sem risco de DST, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação.
- O direito ao respeito mútuo nas relações sexuais.
- O direito de acesso aos meios para o exercício livre, agradável, saudável e seguro da sexualidade e da reprodução.
- O acesso universal aos métodos contraceptivos.
- O direito de decidir, de forma livre e responsável, sobre o número de filhos. (UNFPA, 2007, p.6).

Direitos sexuais e reprodutivos

A construção dos direitos reprodutivos como direitos humanos se dá, historicamente, como já indicado acima, por dois movimentos distintos: o das mulheres e o populacional.

O termo “direitos reprodutivos” foi criado por feministas norte-americanas e tornou-se público no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã, Holanda, em 1984 (CORRÊA; ÁVILA, 2003). A formulação do conteúdo dos direitos reprodutivos teve início em um marco não institucional, de

desconstrução da maternidade como um dever, por meio da luta pelo direito ao aborto e anticoncepção em países desenvolvidos (CORRÊA, 1999). Foi diante disso que estudiosos da área de direitos da mulher começaram a redefinir o conceito de direitos reprodutivos.

Nesse sentido, vale destacar o trabalho de Freedman e Isaacs (1993), que apontaram a escolha reprodutiva como um direito humano universal, pois identificam, na esfera da saúde reprodutiva, princípios do direito relacionados à saúde da mulher, como o direito à autonomia para as escolhas reprodutivas.

Do ponto de vista do movimento populacional, a nomenclatura “direito reprodutivo” consagrou-se na Conferência do Cairo. Segundo o parágrafo 7.3 do Programa de Ação do Cairo:

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 responsavelmente 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 seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (UNFPA, 1994, capítulo7, parágrafo 7.3).

Cabe ressaltar, que direitos reprodutivos não são aplicáveis somente às mulheres. A concepção de direito reprodutivo inclui os homens em todo o processo de reprodução.

Em relação aos direitos sexuais, esses passam a ser discutidos junto à definição de saúde sexual, impulsionados pela epidemia do HIV/Aids, principalmente dentro do movimento gay e lésbico, a quem se juntou parte do movimento feminista. Em 1993, a sexualidade torna-se o cerne da II Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, para tratar de temas como a violência baseada no gênero e todas as formas de abuso e exploração sexual (ALVES, 2001).

Na CIPD de 1994, o termo foi introduzido como estratégia de barganha na para que os direitos reprodutivos estivessem garantidos no texto final da

Declaração e Programa de Ação do Cairo — a inclusão do termo ‘sexual’ radicalizava a linguagem utilizada, de forma que, ao conceder sua retirada, negociava-se a manutenção do termo ‘direitos reprodutivos’ no texto final da conferência (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Assim como ocorre com a distinção entre saúde reprodutiva e saúde sexual, é fundamental não subsumir o conceito de direitos sexuais à definição de direitos reprodutivos. Há várias razões para se evitar essa fusão. Em primeiro lugar, a trajetória política de criação dos dois conceitos, embora tangencial, foi bastante distinta. Segundo Corrêa (1999, p.41):

A genealogia do conceito de direitos reprodutivos se localiza, predominantemente, num marco “não institucional”. Sua formulação se inicia na luta pelo direito ao aborto e à anticoncepção nos países industrializados [...]. Já a evolução política e discursiva de “direitos sexuais” transcorreu, ainda mais do que o caso de direitos reprodutivos, sob a consigna de mudanças políticas e culturais de corte radical. Por um lado, seria inevitável que as reflexões feministas no âmbito da articulação entre sexualidade, reprodução e desigualdade entre os gêneros — particularmente vigorosa nos Estados Unidos, Europa e América Latina — conduzisse a propostas de autônoma sexual. Não obstante, é fundamental observar que até Cairo e Pequim, a “sexualidade” e o “corpo” permaneceram como que submergidos nas ideias de saúde e direitos reprodutivos. Neste sentido, a vitalidade da recente visibilização dos “direitos sexuais”, deve ser melhor atribuída aos esforços conceituais e políticos do movimento gay e lésbico do que ao feminismo “*stricto sensu*”.

Sendo assim, o fundamento dos direitos reprodutivos é a autonomia de decidir sobre a procriação. No que diz respeito à esfera pública, implica a restrição tanto a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade quanto a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. No mundo privado, respeitar os direitos reprodutivos implica que maridos e companheiros, esposas e companheiras, familiares e redes comunitárias não obriguem alguém a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, a não abortar ou a realizar um aborto forçado. Os direitos reprodutivos significam que toda pessoa tem liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter.

Já os direitos sexuais, conforme as novas definições operacionais da OMS em relação à sexualidade, abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em documentos e leis internacionais. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa.

Os direitos sexuais fazem parte dos direitos humanos e incluem o direito de viver a sexualidade com prazer; assim, o bem-estar sexual requer a liberdade individual e o respeito mútuo nas relações interpessoais.

3.2. Saúde sexual e reprodutiva na política pública brasileira

Analisando o tratamento dispensado ao longo da história às questões referentes ao que hoje consideramos saúde sexual e reprodutiva, Mandú (2002) identifica três fases: a fase do projeto higienista/eugenista, que vigorou do final do século XIX até meados do século XX; a fase da reprodução como projeto médico, que vai até finais da década de 70; e a fase da reprodução e sexualidade na perspectiva dos direitos sociais, que compreende os anos 80 de 90. Poderíamos ainda acrescentar uma quarta fase, que se inicia após a CIPD, realizada na cidade do Cairo, em 1994, e que se consolida na primeira década do século XXI, onde se consagram as noções de direitos sexuais e reprodutivos como direitos inalienáveis dos cidadãos, e os conceitos de sexualidade e reprodução passam a ser percebidos como vinculados aos direitos humanos.

O período higienista é marcado pelo limite dos conhecimentos médicos a respeito da reprodução e sexualidade, sendo estas questões tratadas no âmbito

doméstico. Por outro lado, no projeto higienista, a família tem lugar de destaque, e a medicina estabelece aliança com as mulheres que passam a ser encarregadas de manter a saúde e a moral familiar. Há um forte incentivo ao aleitamento materno, em substituição à prática da ama de leite, sendo que um dos elementos para esse incentivo foi a disseminação da sífilis (COSTA, 1979). As chamadas “doenças venéreas” são um dos problemas que o poder público passa a se ocupar, através de campanhas educativas, disponibilização de serviços assistenciais e inspeções sanitárias (CARRARA, 1996). Nas décadas de 30 e 40 começa a se estruturar, também, uma rede pública de saúde e a se desenvolver algumas ações de atenção materno-infantil.

A partir de meados do século XX, a reprodução torna-se uma questão médica e passa a ser incorporada em algumas políticas públicas. É instituída, em 1943, pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943), a licença-maternidade, que, em 1974, passa para o âmbito da Previdência Social, através do salário-maternidade. Essa concessão insere-se dentro da ideologia pró-natalista vigente no período (COSTA, 1999). Em 1975, é criado o Programa Materno-Infantil, que passa a desenvolver ações que incluem pré-natal, aleitamento, estímulo ao espaçamento das gestações, distribuição de fórmulas de alimentação infantil, imunização e acompanhamento da saúde das crianças (MANDÚ, 2002). E, embora os programas governamentais não incluíssem no seu escopo de atividades o planejamento familiar, nesse mesmo período, instituições com financiamento internacional desenvolvem ações de controle da natalidade voltadas às populações pobres (COSTA, 1999 e 2009; MELLO e SOUZA, 2002). Em termos de sexualidade, com a descoberta de tratamentos medicamentosos eficazes, as doenças sexualmente transmissíveis perdem importância. Reprodução e sexualidade são concebidas como questões de caráter fundamentalmente biológico (COSTA, 1999).

No final da década de 70, a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos torna-se aspecto inegociável da pauta feminista no Brasil e no mundo — como já apresentado na sessão anterior. O movimento feminista defende o direito das mulheres de vivenciar a maternidade como opção, com acesso à

informação, à contracepção segura e ao tratamento da infertilidade, ao pré-natal e ao parto em condições adequadas, bem como à interrupção voluntária da gravidez, ao tratamento às sequelas do abortamento provocado e à prevenção do câncer (PITANGUY, 1999). Dessa forma, o movimento de mulheres passa a demandar a ampliação das ações governamentais no que concerne à saúde da mulher, bem como contrapor o modelo dominante através da discussão sobre as implicações dos padrões de gênero para a saúde.

Conforme Corrêa e Ávila, o termo “saúde integral da mulher” surgiu como uma estratégia semântica para traduzir o lema feminista da década de 70: “nosso corpo nos pertence”. As autoras mostram que a questão “saúde integral da mulher” era uma palavra de ordem radical que, na época, se desdobrava em dois campos. No plano das reivindicações políticas, envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Frente às pressões feministas para que o Estado desenvolvesse ações propositivas em saúde reprodutiva, em 1977, o governo lançou o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco, que acabou não sendo implementado. Posteriormente, em 1983, o Ministério da Saúde lança um programa que amplia a noção de saúde integral da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

A fase da reprodução e sexualidade na perspectiva dos direitos sociais, que compreende os anos 80 de 90, é marcada pela consolidação do PAISM, que, no contexto brasileiro, representa um grande marco na esfera das políticas públicas voltadas à reprodução. Trata-se de uma política que não está atrelada a metas demográficas, isto é, não tem a intenção de diminuir ou aumentar as taxas de fecundidade do país. Contudo, o PAISM é a primeira política brasileira que contempla, oficialmente, o planejamento familiar (OSIS, 1998). Até essa data, as

questões de saúde da mulher eram tratadas no nível estatal apenas dentro dos programas de saúde materno-infantil, com ênfase na saúde do bebê e na gestação.

O PAISM é, também, de certa forma, uma reação estatal às denúncias de programas de instituições com financiamento internacional de controle da natalidade tidos como responsáveis, particularmente, pelo elevado número de esterilizações cirúrgicas. A atuação dessas instituições na área da reprodução se deve, como salienta Costa (2009), à fragilidade política do Ministério da Saúde, que sofria pressão tanto de setores conservadores quanto de esquerda, contrários à implantação de medidas de planejamento familiar. Nesse sentido, duas instituições merecem destaque: a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC). A BEMFAM foi a primeira instituição a realizar ações de planejamento familiar no país, com a criação de clínicas de atendimento e distribuição de anticoncepcionais direcionadas à população mais pobre e com presença em todo território nacional. Já o CPAIMC teve sua atuação direcionada à difusão do meio médico de práticas contraceptivas intervencionistas, com programas de capacitação de profissionais e subvenção de equipamentos para a realização de esterilização cirúrgica via laparoscopia. O CPAIMC também atuou na distribuição de métodos contraceptivos para outras instituições que atuavam em prol do planejamento familiar (COSTA, 1999, 2009; MELLO e SOUZA, 2002).

O PAISM preconizava, assim, uma atenção integral à mulher, contemplando aspectos clínicos, ginecológicos e educativos. Previa ações voltadas para as diferentes fases de vida (da adolescência à terceira idade), o controle pré-natal, parto e puerpério, das doenças sexualmente transmissíveis, câncer e assistência à contracepção e à concepção. A previsão é de que o Programa fosse implementado na rede básica de saúde, tendo o respaldo, sobretudo no nível da capacitação dos profissionais, de centros de referência (OSIS, 1998).

Apesar dessas diretrizes, o lançamento do PAISM suscitou um grande debate na sociedade, tendo de um lado aqueles que viam no Programa um disfarce governamental para a implantação de um programa de controle da fecundidade e,

de outro, aqueles que reconheciam que o Programa representava um avanço em termos da saúde das mulheres. Os movimentos de mulheres tiveram, em geral, uma avaliação bastante positiva da proposta e trabalharam no sentido de sua implantação (CORRÊA, 1993; COSTA, 2009). Na perspectiva do movimento de mulheres, o PAISM atendia a uma antiga reivindicação feminista que é o direito à anticoncepção, este inserido no contexto mais amplo da saúde das mulheres. A ênfase nas atividades educativas de saúde e sexualidade representava uma ruptura com o modelo verticalizado e controlista.

Ao analisar o contexto de lançamento e implementação do PAISM, sugere-se que este foi o mecanismo encontrado pelo governo brasileiro de dar conta, ao mesmo tempo, das pressões internacionais no sentido de regulação da fecundidade e de manter a posição assumida nas Conferências Internacionais de População contrária a uma intervenção de controle da natalidade (CANESQUI, 1987; OSIS, 1998; ROCHA, 1993). Por outro lado, as diretrizes do Programa também contemplavam em grande parte as reivindicações do movimento feminista. Contudo, de acordo com Costa (2009, p.1080), “se o PAISM permanece como norteador das ações no nível teórico, na prática ele não resistiu à fragmentação em programas por agravo ou condição que foram e são sucessivamente criados”. Outros fatores relacionados à precária implantação do PAISM no país são a escassez de recursos para a área da saúde, limites de cobertura e qualidade dos serviços disponíveis, dificuldades na determinação das responsabilidades dos diferentes níveis da administração (federal, estadual e municipal). Soma-se a esses fatores a falta de informação sobre as leis e portarias referentes à saúde reprodutiva ou o descumprimento das mesmas (CAETANO, 2004).

É importante ter presente que o PAISM se insere no amplo debate travado na década de 80, na sociedade brasileira, a respeito do sistema de saúde motivado pelo chamado Movimento de Reforma Sanitária, cujos princípios de universalidade, integralidade e hierarquização se colocavam como centrais e que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O princípio da integralidade contempla a perspectiva de uma abordagem centrada na singularidade individual, com ações

que incluem promoção, prevenção, assistência e reabilitação, desenvolvidas a partir de políticas interssetoriais (COSTA, 1999). O PAISM se propunha a atender a saúde da mulher durante o seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e a lactação e, nesse sentido, a integralidade preconizada pelo programa representou um importante avanço na concepção do corpo feminino e inserção das mulheres nos serviços de saúde, criando outros espaços e demandas fora dos tradicionais programas de saúde materno-infantil. E embora anterior à definição da OMS de saúde sexual e reprodutiva, de 1988, o documento do PAISM é coerente com essa perspectiva e norteador da lei sobre planejamento familiar.

O programa assumiu uma postura de neutralidade diante dos objetivos natalistas ou controlistas das políticas macroeconômicas do país, e representou o compromisso do poder público com as questões de reprodução, ainda que pouca ênfase tenha sido dada na responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade. Esse compromisso impulsionou os debates para a elaboração da Constituição Federal de 1988, em que o planejamento familiar foi reconhecido como direito regulamentado no 7º parágrafo do artigo 226 da Constituição, competindo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (BRASIL, Constituição 1988).

Apesar dos avanços na discussão sobre planejamento familiar, as questões relativas ao aborto e a esterilização não entraram no texto constitucional.

Os debates sobre aborto evidenciavam duas correntes absolutamente opostas. Enquanto que as feministas propugnavam a legalização do aborto, as igrejas Católica e Evangélica defendiam “o direito à vida desde o momento da concepção”, o que não permitiria o aborto voluntário nos casos previstos pela legislação.

A laqueadura tubária era vetada pela legislação brasileira e a esterilização voluntária era interpretada como ofensa criminal, que possibilitava uma penalidade de um a oito anos de reclusão. Entretanto, a esterilização feminina se tornou, no início dos anos 90, o método mais utilizado dentre os disponíveis para anticoncepção (PERPÉTUO; WAJNMAN, 1993). A elevada prevalência de

esterilização motivou a instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar as causas de esterilização e se o procedimento era mais comumente realizado por mulheres negras. Ao contrário disso, o trabalho mostrou que as mulheres brancas apresentavam maior probabilidade de estarem esterilizadas. Foi a partir desse trabalho que as autoridades reconheceram a necessidade de regulamentação da prática de esterilização feminina e masculina no Brasil (BERQUÓ, 1999).

A chamada quarta fase, que caracteriza historicamente os conceitos de sexualidade e reprodução, inicia-se logo após a CIPD do Cairo, e é marcada pela integração entre direitos e saúde sexual e reprodutiva decorrente da interação entre governo, sociedade civil organizada, movimento social e academia, que fomentou um conjunto de ações e iniciativas que estão na base das políticas atuais, tais como a criação da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento em 1995 e a Lei do Planejamento Familiar em 1996 que constitui marco legal para as ações de saúde sexual e reprodutiva no Brasil (CAETANO, 2004).

A lei 9.263, considera o planejamento familiar um direito de todos os cidadãos e coloca no leque de atribuições do Sistema Único de Saúde às ações de assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; a assistência ao parto, puerpério e neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção de câncer e atenção ginecológica. De acordo com a lei, o planejamento familiar é definido “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996). O artigo 10 dessa lei, que trata da esterilização, na época, foi vetado pelo Presidente da República. Com o debate crescente em torno da prática de esterilização e com os resultados divulgados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 1996, que demonstrou que a esterilização feminina correspondia a 52% dos métodos contraceptivos adotados pelas mulheres no Brasil (BERQUÓ; CAVENAGUI, 2002), o artigo teve sua aprovação no final do ano de 1997.

Apesar da aprovação da Lei do Planejamento Familiar, o Estado teve

dificuldades para disponibilizar métodos contraceptivos na rede pública de saúde. O fato de muitos indivíduos e famílias não apresentarem condições para adquirir, por meios próprios, métodos contraceptivos disponíveis no mercado, trouxe para o cerne do debate sobre direito e saúde sexual e reprodutiva a gestação indesejada.

Paralelo a isso, o surgimento da epidemia da Aids e suas implicações à saúde sexual e reprodutiva, que culminou, na mesma época, na criação do Programa Nacional de DST e Aids (hoje, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), em 1996, representando um marco importante para a ampliação e consolidação das questões referentes à saúde sexual. A participação do movimento social, particularmente do movimento homossexual e feminista, foi fundamental para impulsionar não apenas as pesquisas científicas, mas, também, para a estruturação de políticas de prevenção e assistência ao HIV/Aids (GALVÃO, 2002).

O Brasil, através do programa de prevenção e assistência ao HIV/Aids ganhou destaque no plano internacional, tanto pela política de acesso universal aos antirretrovirais, quanto por sua orientação pelo referencial dos Direitos Humanos. As ações do programa levantaram questões fundamentais de direitos humanos, como o acesso a medicamentos essenciais, a garantia por parte das políticas públicas dos direitos sexuais de travestis, transexuais, prostitutas, homossexuais, lésbicas e pessoas portadoras de deficiências (POSSAS et al., 2011).

Retomando a importância de se ter uma política de saúde adequada para as mulheres, que considerasse questões de planejamento familiar, violência e a problemática das doenças sexualmente transmissíveis — em especial a Aids, vinte anos após o lançamento do PAISM e mediante a sua implantação deficitária no âmbito nacional —, o Ministério da Saúde lança, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, colocando a saúde da mulher como prioridade nas ações de saúde (BRASIL, 2009b).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, além de incorporar os princípios do Sistema Único de Saúde, destaca como princípios norteadores a humanização e a qualidade da atenção, explicitando a perspectiva de Direitos Humanos dessa proposta. Na definição da política, humanização e

qualidade da atenção implicam no acesso a serviços nos diferentes níveis de complexidade, sistemas de referência e contrarreferência, disponibilização de tecnologias adequadas ao problema, informação de qualidade, promoção da saúde, acolhimento e acompanhamento, ou seja, vão muito além de uma mera ampliação de oferta de serviços assistenciais. Merece destaque ainda a preocupação da política com a criação de mecanismos de monitoramento e avaliação, tanto dos serviços quanto dos profissionais, que incluem a participação das usuárias.

Reafirmando os princípios do SUS, já presentes no PAISM, o documento da Política explicita alguns diferenciais. Um primeiro elemento a ser destacado é a participação de diferentes setores da sociedade, a começar pelo movimento de mulheres, na elaboração da Política. Outro elemento importante é a menção explícita ao referencial de gênero e aos conceitos de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Segundo esse documento:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e apoio tecnológico e de insumos, para mulheres vivendo com HIV/Aids e para as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico e de pulmão. Além disso, amplia as ações em seus planos de ação para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras quilombolas, as que vivenciam a transexualidade, mulheres em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas (BRASIL, 2009b, p.5).

Como o texto acima evidencia, a nova política incluiu no rol de questões relativas à saúde das mulheres, o aborto inseguro e a violência doméstica e sexual e faz menção especial a grupos de mulheres tradicionalmente excluídas dos serviços de saúde, como as mulheres lésbicas, transexuais, negras, índias, entre outras.

Elementos estes que, certamente, são o resultado da participação dos diferentes segmentos sociais na própria elaboração da política e do comprometimento do governo com a promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Essa articulação entre direito e saúde sexual e reprodutiva se consolida em outra ação do Estado, que é a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, lançada em 2005, e que resultou de uma articulação de diferentes setores governamentais: Ministérios da Saúde, da Educação, da Justiça e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e das Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres, Políticas de Proteção e Promoção da Igualdade Racial e Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Os principais eixos dessa política são: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis — inclusive contracepção de emergência; o aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução da reprodução humana assistida no SUS (BRASIL, 2005).

Além das ações governamentais apresentadas anteriormente, diversas outras foram lançadas no sentido de promoção da saúde reprodutiva nos últimos anos, visando fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Frente ao expressivo número de casos notificados de Aids em mulheres, que caracterizou o fenômeno conhecido como feminização da epidemia da Aids, outra importante política lançada pelo Ministério da Saúde, foi o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST. Esse Plano foi revisto e reeditado em 2009 e tem por objetivo ampliar, por meio de ações intra e interssetoriais, os trabalhos que vêm sendo realizados na área de promoção aos direitos sexuais e reprodutivos, como diagnóstico, assistência, prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids, e apoio às mulheres vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2009d).

3.3. Algumas questões de saúde sexual e reprodutiva no Brasil

Transição demográfica e seu impacto sobre a saúde reprodutiva no Brasil

A questão do risco de uma explosão demográfica nos países pobres, que mobilizou inicialmente a discussão internacional sobre reprodução, não é e nunca chegou a ser concretamente um problema para o país. No Brasil, apesar da ausência de uma política mais austera de planejamento familiar, a queda nas taxas de fecundidade ocorreu de uma maneira rápida e surpreendente. Passou-se de 06 filhos em 1960 para 1,8 filho por mulher, em 2006, e isso de uma forma bastante homogênea entre as diferentes regiões do país. Mesmo as regiões Norte e Nordeste que apresentavam taxas de fecundidade mais elevadas, tiveram importante decréscimo. Um exemplo é o caso da região Norte, cuja taxa de fecundidade apresentou uma queda de 3,7 para 2,3 filhos por mulher entre 1996 e 2006 (BRASIL, 2009a).

Diferentes razões para esta transformação são levantadas pelos demógrafos, que destacam: a ampla difusão, por parte do governo militar e através da mídia, particularmente das telenovelas, um modelo de família de tamanho reduzido; a extrema medicalização da saúde em um modelo curativo e hospitalar; a difusão, através das agências internacionais, de métodos contraceptivos de alta eficácia, em particular, a pílula e a esterilização cirúrgica; uma cultura médica intervencionista; altas taxas de esterilização entre as mulheres, particularmente na região Nordeste do país (BERQUÓ, 1993; BOZON, 2005; CAETANO, 2004; POTTER et al., 2003).

Por outro lado, essa rápida transição demográfica e o contexto no qual ela se deu, produziram um conjunto de consequências importantes para a saúde reprodutiva e sexual das brasileiras. A diminuição no número de filhos no Brasil não resultou em uma maior equidade nas relações de gênero ou na redução das desigualdades sociais que caracterizam nossa sociedade (BOZON, 2005). A escolaridade continua a ser um fator que caracteriza as diferentes taxas de fecundidade. É assim que, em 2006, as mulheres sem instrução apresentavam uma taxa de quatro filhos ao passo que aquelas que possuíam no mínimo 9 anos de escolaridade tinham um taxa menor de 1,6 filho (BRASIL, 2009a). Os fatores socioeconômicos (como a escolaridade, raça/etnia e região) também aparecem relacionados à menor correspondência entre o número de filhos desejados e o

número de filhos observados, indicando que há ainda um grupo importante de mulheres que enfrenta obstáculos e dificuldades na garantia de suas escolhas reprodutivas (POTTER et al., 2003). A transição demográfica brasileira mostra que o Brasil está atingindo níveis abaixo do nível de reposição da população (2,1 filhos por mulher), mas com uma diferença ainda bastante marcada. Segundo Caetano (2004), há “um hiato substancial” entre um contingente menor de mulheres que apresenta taxas tão altas quanto às observadas no início do processo de declínio, e outro, de maior escolaridade e renda, que detém taxas tão baixas quanto às observadas em países tais como Itália, Espanha e países do leste Europeu.

Outro aspecto dos dados relativos à fecundidade é o rejuvenescimento do processo reprodutivo, no qual há um aumento da participação de mulheres mais jovens (menores de 24 anos) e uma diminuição daquelas com mais de 30 anos (BRASIL, 2009a). A antecipação da maternidade, ou a chamada “gravidez na adolescência”, é um fenômeno que ocorre, principalmente, entre as mulheres mais pobres, com menor escolaridade e que dispõem de menos recursos para a inserção na sociedade (REA, 2003).

A queda da fecundidade verificada na sociedade brasileira nas últimas décadas não implica a resolução dos problemas de saúde reprodutiva, visto que deixa à margem um grupo de mulheres. Esse dado é um indicador na necessidade do desenvolvimento de ações que priorizem essas mulheres, certamente o grupo que se encontra em uma posição de maior vulnerabilidade social e que apresenta piores condições de saúde reprodutiva. Da mesma forma, como salienta Caetano (2004, p.16), “a baixa fecundidade não significa, necessariamente, que os demais aspectos fundamentais para uma saúde reprodutiva plena estejam sendo atendidos, nem a existência de condições propícias para uma vida sexual satisfatória e segura”. É nesse sentido que as políticas públicas voltadas à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos não devem estar atreladas, exclusivamente, às taxas de fecundidade, mas devem responder às necessidades e desejos dos indivíduos e, particularmente, dos grupos mais vulneráveis.

Anticoncepção

O desenvolvimento e a difusão de métodos contraceptivos eficientes — como a pílula anticoncepcional, o dispositivo intrauterino (DIU) e a esterilização cirúrgica —, que ocorreu no final da década de 60, foram fundamentais para viabilizar a dissociação entre sexualidade e reprodução. Essas tecnologias contraceptivas, além de mais eficazes, colocaram a contracepção nas mãos das mulheres, impactando não apenas sobre as taxas de fecundidade, mas, também, sobre a forma de conceber o corpo, a maternidade e o espaço das mulheres na sociedade moderna. Segundo Bozon (2004, p.44), com os métodos contraceptivos modernos as decisões reprodutivas “não escapam mais das mulheres (e de seus parceiros), podendo, então ser coordenadas junto às outras escolhas realizadas em outros domínios de suas vidas, especialmente o profissional”. Cabe destacar, ainda, que a introdução dos métodos contraceptivos modernos se dá em um contexto de urbanização, aumento da escolaridade feminina e crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Com os novos métodos, a contracepção torna-se uma questão médica, ao mesmo tempo em que permite aos Estados o desenvolvimento de políticas de controle da população mais eficazes. O discurso religioso da concepção como uma dádiva divina passa a concorrer com o desejo das mulheres e dos casais.

O desenvolvimento tecnológico não garante, por si só, a utilização de métodos contraceptivos e nem o fim das gravidezes não previstas e o recurso ao aborto. Além do desejo de limitar o número de filhos, a dissociação entre sexualidade e reprodução requer o acesso a esses insumos, bem como o acompanhamento de seu uso em uma perspectiva que contemple as questões de saúde de uma forma integral, a fase de vida de cada indivíduo e o contexto socioeconômico no qual este se insere.

No Brasil, a informação a respeito dos métodos contraceptivos, particularmente dos métodos modernos, é bastante difundida. A pílula anticoncepcional, o preservativo² e a laqueadura tubária são os métodos mais referidos pelas mulheres, seguidos pela injeção hormonal. De acordo com a última

² O termo “preservativo” utilizado na apresentação desta revisão refere-se ao preservativo masculino, uma vez que o preservativo feminino ainda é pouco utilizado no Brasil.

PNDS (BRASIL, 2009a), quase 70% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva utilizam algum método contraceptivo, sendo a pílula o método mais utilizado, seguida da laqueadura tubária e do preservativo. O método utilizado apresenta variações de acordo com a situação conjugal: enquanto que entre as mulheres unidas a esterilização feminina é o método que predomina, seguido da pílula, as mulheres não unidas tendem a utilizar mais a pílula e o preservativo masculino (PERPÉTUO; WONG, 2009).

A contracepção é uma prática já estabelecida entre grande parte das brasileiras visto que seu uso é feito antes mesmo do nascimento do primeiro filho, especialmente entre as mulheres mais jovens. A preocupação com uma gravidez não planejada e a prevenção das DST, para essas jovens, já aparece no contexto da primeira relação sexual, sendo que a grande maioria delas faz uso do preservativo masculino; entretanto, o uso do preservativo tende a decrescer com o aumento da idade e com a mudança da situação conjugal (BRASIL, 2009a). Nas relações estáveis, sabe-se que o uso de preservativo ainda é considerado um tabu na sociedade, e torna-se mais rígido quando quem propõe é a mulher (BRASIL, 2009d). O preservativo, principalmente o feminino, é um dos instrumentos de autonomia das mulheres e precisa ser fortalecido.

Apesar do crescente acesso e uso de métodos contraceptivos ocorrido no Brasil nas últimas décadas, é importante notar que o leque de possibilidades é bastante restrito: laqueadura tubária, pílula e preservativo masculino. O DIU, as injeções e os dispositivos hormonais, bem como a vasectomia, são métodos pouco utilizados. Isso se deve, em parte, à cultura contraceptiva nacional caracterizada por uma medicalização excessiva e, por outro lado, à oferta limitada de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde e a qualidade do próprio atendimento (BOZON, 2005; VIEIRA, 2003).

Esterilização cirúrgica

A esterilização feminina, como mencionado anteriormente, se mantém, há várias décadas, como um dos principais recursos acionados pelas mulheres

brasileiras para encerrar a carreira reprodutiva. Vários aspectos concorrem para essa “escolha”, dentre estes se destacam, a atuação das instituições com financiamento internacional, nas décadas de 70 e 80, que eram favoráveis ao controle da natalidade, a fragilidade dos programas de planejamento familiar no nível público e as barreiras de acesso e utilização de outros métodos contraceptivos reversíveis (BERQUÓ, 1999; VIEIRA, 2003). Alguns estudos chamam atenção ainda para uma espécie de “cultura da esterilização” pela qual as mulheres laqueadas transmitem a outras mulheres uma avaliação positiva do método. Conforme Berquó (1999, p.125), “evocando a segurança do método, ou o não ter mais que se preocupar com o uso de outros meios ou por já terem o número desejado de filhos, estas mulheres acabam por influenciar outras, no entorno de suas vidas cotidianas”.

Apesar de altamente difundida e praticada, a esterilização cirúrgica só foi autorizada no Brasil a partir de 1996, com a Lei do Planejamento Familiar. Antes disso, a laqueadura tubária era, em grande medida, camuflada pelas cesarianas. De acordo com a lei atual, a esterilização deve ser voluntária e é permitida para homens e mulheres maiores de 25 anos de idade ou que tenham pelo menos dois filhos vivos. É estipulado ainda um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a cirurgia, bem como é vedada a realização da esterilização feminina durante o parto, “exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores” (BRASIL, 1996). Essa nova legislação busca, por um lado, corrigir a associação entre esterilização e cesariana e, por outro, proporcionar às mulheres um acesso mais facilitado a esse método tão desejado na nossa sociedade.

A ampliação da oferta de métodos contraceptivos reversíveis nos serviços de saúde observada nos últimos anos, seja através das estratégias de atenção básica, seja por meio dos programas de prevenção ao HIV/Aids, produziram impacto no recurso à esterilização. Dados recentes indicam uma perda de importância da esterilização feminina no conjunto de métodos utilizados. Contudo, cerca de 30% das mulheres unidas são esterilizadas, particularmente aquelas que têm entre três e quatro filhos (PERPÉTUO; WONG, 2009). Observa-se, também, um aumento na

idade da realização da cirurgia, indicando que, possivelmente, as mulheres mais jovens dispõem de outras estratégias para evitar a gravidez. Por outro lado, a cesariana ainda é o contexto de realização de grande parte das esterilizações femininas (CAETANO, 2010; PERPÉTUO; WONG, 2009).

Aborto

O aborto é, sem dúvida, um dos aspectos fundamentais da garantia dos direitos reprodutivos. Ainda em 1994, a Conferência do Cairo reconheceu que o aborto inseguro era um importante problema de saúde pública (UNFPA, 1994). É também o ponto que apresenta maiores obstáculos à implementação de políticas de saúde reprodutiva, em razão da forte oposição dos setores conservadores e, em particular, dos setores religiosos. Por essas razões, a descriminalização do aborto permanece como uma importante bandeira do movimento feminista, em particular nos países da América Latina e do Caribe.

No Brasil, o aborto não é punido em duas situações: no caso de risco de vida materno e de gravidez resultante de estupro (BRASIL, 1940).

A criminalização do aborto não elimina sua prática, mas produz consequências negativas à saúde das mulheres, particularmente àquelas com menor poder aquisitivo e que não têm acesso a procedimentos de aborto seguro. O aborto é um dos fatores diretamente relacionados à mortalidade materna.

A ilegalidade do aborto dificulta a existência de dados confiáveis sobre essa prática. Uma pesquisa recente de abrangência nacional sobre a magnitude do aborto no Brasil (DINIZ; MEDEIROS, 2010) realizada com mulheres entre 18 e 39 anos, revela que 15% delas declaram já ter realizado ao menos um aborto. O aborto é mais frequente entre as mulheres de escolaridade muito baixa e, em cerca de metade dos casos é realizado por meio do uso de algum medicamento. Também, em cerca de metade dos casos, a prática do aborto resultou em internação hospitalar, denunciando as precárias condições em que é realizado.

Assim, os abortos realizados em situações de risco têm suas consequências agravadas pelo desconhecimento, por parte das mulheres, dos sinais de

complicações mais severas e pelo retardo, em função da própria ilegalidade da prática, na busca de um serviço de saúde. Além dos riscos à saúde, essa é uma situação que expõe as mulheres a práticas de discriminação e violência institucional.

Em relação ao aborto medicamentoso, a droga misoprostol, conhecida sob a designação comercial de Cytotec®, que foi aprovado no Brasil em 1985, é hoje vista como droga abortiva ilegal e perigosa, embora seja aprovado para uso indução do parto, procedimento para retirada de feto morto e para a realização de aborto nos casos permitidos por lei (FLASOG, 2005). Sua difusão ocorreu nos anos 90, com importante impacto sobre a prática do aborto, sobretudo, aumentando as condições de segurança desse procedimento e diminuindo o tempo de internação hospitalar pós-aborto e fazendo diminuir a morbimortalidade feminina por aborto (BRASIL, 2009c). Entretanto, a ilegalidade da comercialização do medicamento, a falta de orientação de qualidade sobre o seu uso, bem como o seu alto custo, são elementos que se impõem às mulheres que desejam realizar a interrupção da gravidez, e que favorecem o mercado clandestino e lucrativo de venda da medicação, em que o medicamento é contrabandeado de outros países onde a venda é de livre comércio (FLASOG, 2005).

3.4. Feminização da epidemia da Aids e implicações para a saúde sexual e reprodutiva

O processo de feminização da epidemia da Aids foi documentado, ao longo dos últimos anos, em diversas regiões. Em uma perspectiva atual, as estimativas da UNAIDS indicam que as mulheres representam metade dos adultos (acima de 15 anos) vivendo com HIV/Aids; sendo que na África Subsaariana e no Caribe, a proporção de mulheres é superior a de homens entre as pessoas vivendo com HIV/Aids. Na América Latina, um ligeiro aumento é observado; em 2001, 32% dos adultos vivendo com HIV/Aids eram mulheres, já em 2010, esse percentual passa para 35% (UNAIDS, 2011).

No Brasil, 608.230 casos foram notificados desde 1980 até 2011, e as mulheres representam 34,6% das notificações. Em 2011, 14.528 casos de Aids foram notificados, dos quais 38% foram em mulheres. Do total de casos notificados em 2011, 3.869 casos foram na região Sul e 1.875 no Rio Grande do Sul. Comparando-se as cinco regiões do país, a maior taxa de incidência de casos de Aids em 2010, foi no sul do país, com 28,8 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a).

Os dados nacionais registraram um aumento de 82% no número de casos de Aids notificados na população feminina entre 1995 e 2005 (BRASIL, 2009d), e a razão de casos por sexo (razão masculino/feminino) diminuiu sistematicamente, passando de 15,3 homens por mulher em 1986, para 1,7 homens por mulher em 2010, sendo que, nas faixas etárias de 13 a 19 anos, o número de mulheres infectadas já é maior do que o número de homens. Para as mulheres com idade igual ou superior a 13 anos, a principal categoria de exposição é o contato heterossexual. E, em relação à escolaridade, o maior número de casos é entre as mulheres com 4 a 7 anos e com 8 a 11 anos de escolaridade (BRASIL, 2011a).

No *ranking* de taxa de incidência de casos de Aids por 100.000 habitantes, o Rio Grande do Sul ocupa o primeiro lugar desde o ano 2000 (BRASIL, 2011a). Os dados epidemiológicos apontam que o Rio Grande do Sul é o estado brasileiro com maior percentual de casos de Aids identificados entre mulheres. Desde 2001, as mulheres representam mais de 40% das notificações. Em 2011, este percentual subiu para 43% (BRASIL, 2011b); dados similares aos apontados pela UNAIDS em países africanos (UNAIDS, 2011). Das mulheres identificadas em 2009, 79% estavam na faixa etária dos 15 aos 49 anos e a categoria de exposição predominante foi o contato heterossexual (BRASIL, 2011b). Nas faixas etárias mais jovens (14 a 29 anos), o número de mulheres entre os casos é praticamente o dobro do que de homens (Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2011).

No *ranking* de taxa de incidência de casos de Aids por 100.000 habitantes nas capitais brasileiras, a cidade de Porto Alegre encontra-se no topo da lista. Porto Alegre possui a maior taxa de incidência de casos de Aids notificados por 100.000 habitantes também há alguns anos, sendo que, em 2010, a taxa foi de 99,8 casos

por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a).

A infecção pelo HIV se insere em um contexto de aumento da incidência de outras doenças sexualmente transmissíveis (como a sífilis e o HPV), de altas taxas de esterilização cirúrgica, abortos clandestinos e elevado índices de mortalidade materna, impondo-se como um agravante para essas situações (BARBOSA, 2003). Portanto, além de se impor como um agravante para as condições de saúde sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras, ela também pode ser considerada um agravante quanto às condições gerais de saúde das mulheres, já que essas situações são evitáveis com o uso do preservativo.

Os dados sobre mortalidade demonstram que a razão de óbitos por Aids por sexo (razão masculino/feminino) passou de 24,8, em 1985, para 1,9, em 2010 (BRASIL, 2011a). Ao considerar que a Aids ainda atinge em menor proporção as mulheres (elas representam 34,6% das notificações), o dado aponta o impacto do crescimento da epidemia neste segmento da população. Entre as mulheres, maior mortalidade é registrada entre aquelas com menor escolaridade, sendo as mais atingidas as mulheres que possuem de 4 a 7 anos de escolaridade (BRASIL, 2012). São esses dados que, somados a outros fatores já identificados — menos acesso à informação e meios de prevenção, diagnóstico tardio, assistência de baixa qualidade e menor adesão ao tratamento —, demonstram a vulnerabilidade das mulheres frente à epidemia (BARBOSA, 2003; PAIVA et al., 2002).

O aumento da Aids entre as mulheres, sua maior incidência durante a idade reprodutiva e o fato da forma predominante de infecção decorrer das relações heterossexuais, faz com que a Aids seja uma tema de crucial importância para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pois ela também aparece associada a outros desfechos de saúde já citados. Frente à feminização da epidemia, as principais preocupações em termos de saúde sexual e reprodutiva, do Ministério da Saúde, são a falta de medidas eficazes na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e a transmissão vertical do vírus.

Atualmente, uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção pelo HIV na população feminina se dá durante o período gestacional (BRASIL, 2010).

A partir desse dado, o Ministério da Saúde adequou a política de saúde de atenção pré-natal, recomendando a triagem sorológica anti-HIV durante o pré-natal e durante o parto — para as gestantes que não realizaram a triagem nos períodos recomendados da gestação (BRASIL, 2010).

Ao considerar os dados apresentados, tanto em termos de saúde sexual e reprodutiva, quanto em termos de saúde em geral e perfil de mortalidade, um dos principais aprendizados no enfrentamento à epidemia do HIV/Aids é o de que se devem considerar as questões de gênero, ou seja, os componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade entre homens e mulheres. A violência doméstica e sexual contra mulheres, bem como a discriminação e o preconceito relacionados à raça/etnia e orientação e práticas sexuais são expressões dessa desigualdade (BRASIL, 2009d). Pode-se dizer que as desigualdades nas relações de gênero contribuem para a configuração de padrões de adoecimento e morte específicos para homens e mulheres em cada região, país ou cultura. Entre as consequências dessas desigualdades, recaem sobre a população feminina os maiores prejuízos para a saúde (VILLELA et al., 2007), em particular para a saúde sexual e reprodutiva, colocando as mulheres em uma situação de maior vulnerabilidade que se deve tanto a fatores de ordem biológica quanto a fatores de ordem sociocultural.

É nesse sentido que o plano de enfrentamento da epidemia contextualiza as DST e o HIV, considerando um contexto maior de vulnerabilidade ao qual estão sujeitas as mulheres, destacando, ainda, questões que envolvem a saúde sexual e reprodutiva e que estão além do processo estritamente biológico de saúde, como as questões de violência doméstica e sexual; estigma e violação dos direitos humanos; não reconhecimento das adolescentes e jovens como sujeitos de direitos; racismo e desigualdades étnico-raciais; pobreza e outras desigualdades socioeconômicas; e uso abusivo de drogas. Ou seja, o plano incorpora a discussão que vem sendo trazida pelos movimentos sociais e pelas pesquisas científicas de que as estratégias para o enfrentamento da epidemia da Aids não podem centrar-se em intervenções que reduzem o problema à dimensão biológica e individual, mas

dar conta das desigualdades que produzem contextos de vulnerabilidades (AYRES et al., 1999; BARBOSA, 2003).

Segundo Ayres e colaboradores (1999), a vulnerabilidade de um grupo é definida pela análise conjunta das características macropolíticas, econômicas e socioculturais, que reforçam ou diluem o risco individual. No que se refere ao HIV/Aids, observa-se que, entre as mulheres de baixa renda, a vulnerabilidade social está presente como fruto da precariedade da situação socioeconômica desse grupo, dos padrões de relacionamento estabelecidos socialmente e de forma desigual entre homens e mulheres, bem como das dificuldades de acesso à informação e cuidado com a saúde. Assim, muito mais que preconizar a mudança no nível dos comportamentos individuais, deve-se pensar em estratégias públicas que superem a falta de serviços e programas (vulnerabilidade programática).

3.5. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/Aids

O impacto do diagnóstico da infecção pelo HIV na vida sexual e afetiva da mulher tem sido documentado em diversos trabalhos. Como a maioria das mulheres infectadas com o vírus encontra-se em idade reprodutiva, o acesso à terapia antirretroviral e os avanços obtidos com esta, em reduzir a transmissão vertical (BRASIL, 2010; CONNOR et al., 1994), podem influenciar as escolhas reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids.

Em relação à saúde sexual, estudo brasileiro documentou que, embora a maior parte das mulheres mantenha vida amorosa e sexual ativas, a comunicação do diagnóstico ao parceiro, a negociação do uso do preservativo e o medo de rejeição permanecem como eventos estressores para essas mulheres (PAIVA et al., 2002). No estudo de Santos (2002), em consonância com Barbosa (1997), uma alta proporção de mulheres infectadas pelos seus parceiros fixos foi encontrada e uso inconsistente de preservativos por mulheres vivendo com HIV/Aids, sugerindo a impossibilidade, para as mulheres, de negociar o uso do preservativo, os termos da

relação afetiva, ou ainda sair dela.

Em relação à saúde reprodutiva, a maternidade é uma das principais questões. Apesar de alguns estudos identificarem que a condição sorológica parece não interferir no desejo de ser mãe, outros sugerem que a soropositividade tem impacto na realização de escolhas reprodutivas, sendo esse um tema bastante investigado. Um estudo conduzido na Austrália demonstrou que de 294 mulheres diagnosticadas com HIV, aproximadamente metade daquelas que tiveram gestações confirmadas após o diagnóstico, optou pelo aborto, representando uma taxa de aborto superior ao dobro da média de abortos na população em geral daquele país (THACKWAY et al., 1997). Assim, o impacto da ampliação do acesso à terapia antirretroviral ocorrida nos últimos anos sobre as decisões reprodutivas das mulheres deve ser considerado dentro dos diferentes contextos culturais.

Cabe destacar que o direito à maternidade é inquestionável e tem sido documentado em diversas conferências internacionais, assim como o direito ao acesso a serviços de saúde que tratem de questões relativas à saúde reprodutiva (BELL et al., 2007), como o planejamento familiar. Nesse sentido, um estudo norte-americano mostrou que as mulheres HIV positivas têm planos (de saúde reprodutiva) semelhantes ao de mulheres HIV negativas, e, portanto, elas igualmente podem se beneficiar de aconselhamento nos serviços de saúde e de métodos de contracepção reversíveis (STANWOOD et al., 2007); entretanto, essa parece não ser uma realidade comumente encontrada.

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/Aids precisa ser vista em uma perspectiva mais global. Mulheres com diagnóstico de HIV têm necessidades, em termos de saúde sexual e reprodutiva, em comum com mulheres não infectadas, e algumas necessidades e preocupações específicas relacionadas ao vírus (LUSTI-NARASIMHAN et al., 2007). A maioria das políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva não considera as especificidades dessas mulheres relacionadas com a soropositividade.

Críticas têm sido documentadas, internacionalmente, aos serviços que são oferecidos, hoje, em termos de saúde sexual e reprodutiva, às mulheres vivendo

com HIV/Aids. A ênfase desses serviços está na prevenção da transmissão vertical, através do acesso à terapia antirretroviral para as gestantes e durante o parto (BASTIDAS, 2000; TUNALA et al., 2000; SANTOS, 2002), sem uma política adequada de planejamento reprodutivo e uma avaliação mais singular, que permita avaliar fatores relacionados com a ocorrência de gestações e condições de vulnerabilidade dessas mulheres (BRASIL, 2010). É dessa forma que persiste um olhar sobre a saúde da mulher com enfoque meramente reprodutivo, em que se concentram os esforços na proteção da maternidade, sem considerar outras questões mais amplas no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos.

Como sugere Barbosa, a atenção à saúde da mulher em relação ao HIV centrada, fundamentalmente, no aspecto reprodutivo, é uma reedição da “histórica priorização da assistência pré-natal, com a finalidade primeira de beneficiar o recém-nascido, deixando à margem outras conexões existentes entre saúde reprodutiva e Aids” (BARBOSA, 2003, p.354).

Com a ênfase da assistência deslocada para a questão da maternidade (MARTIN, 1995), os direitos reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/Aids ainda permanecem como um ponto polêmico. Apesar dos recursos técnicos existentes, no sentido de reduzir os riscos de transmissão do vírus ao feto, as mulheres infectadas que desejam engravidar enfrentam, ainda, forte condenação por parte da opinião pública e dos próprios serviços de saúde. Os serviços de saúde têm procedimentos distintos em relação às práticas de parto e esterilização cirúrgica das mulheres vivendo com HIV/Aids, sendo que as expectativas e desejos individuais são relegados a um segundo plano (KNAUTH et al., 2002).

Outras medidas exclusivamente voltadas a proporcionar prevenção no comportamento sexual feminino ainda são pouco trabalhadas, como a inclusão do preservativo feminino, e a divulgação e acesso amplo à contracepção de emergência como suporte para falha contraceptiva do preservativo. Além disso, a apresentação de outros métodos contraceptivos com a hierarquia de risco são pouco sugeridos. Também não são discutidas ações políticas que afetam diretamente as mulheres soropositivas, que vão além da transmissão vertical, como

a ilegalidade do aborto, o acesso ao uso da pílula do dia seguinte, ou mesmo a discussão sobre o direito destas a optar pela maternidade voluntária.

No percurso entre o desejo e a realização de suas escolhas, a mulher que vive com HIV/Aids parece encontrar acolhimento insatisfatório pela equipe de saúde (DIAZ et al., 1995; SANTOS et al., 2002), o que pode ser interpretado como forma de violência institucional (VILLELA et al., 2007), além das outras formas de violência ao qual as mulheres vivendo com HIV/Aids podem estar expostas.

Infecção pelo HIV e violência

A violência contra a mulher é, hoje, abordada como uma questão de saúde e uma violação dos direitos humanos. Para Villela, um termo bastante comum é o de “violência de gênero contra a mulher”, que indica um conjunto de situações impostas às mulheres pelo simples fato de serem mulheres (VILLELA et al., 2007).

A forma mais comum de violência é aquela praticada por parceiros íntimos, sendo as violências sexuais e psicológicas cometidas por tais parceiros, pouco investigadas e com informações imprecisas. Alguns fatores contribuem para que a violência sexual dentro de relações de parcerias estáveis seja de difícil reconhecimento e delimitação. Por exemplo, as diversas denominações dos atos de agressão (violência, estupro, abuso e, por vezes, assédio), associado ao fato de prática sexual não consensual ser considerada, em muitas culturas, como dever da esposa (SCHRAIBER et al., 2007).

A definição de violência psicológica varia amplamente, acarretando dificuldades em sua definição e conseqüente mensuração. Entretanto, as pesquisas indicam que a violência física é normalmente acompanhada pela psicológica; e de um terço à metade dos casos, também por violência sexual (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002; KRONBAUER; MENEGUEL, 2005).

A definição de violência física se dá pela consumação de dano não acidental, por meio do uso de força física ou de objetos que podem ou não provocar lesões externas e internas, podendo ser realizada através de: empurrões, beliscões, mordidas, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos,

obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, fumo, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos. Também pode ser manifestada por abandono em lugares desconhecidos, retirada de casa à força, ou sofrer danos à integridade corporal decorrentes de negligência (BRASIL, 2002).

A violência física — em especial a violência sexual — é, sem dúvida, um problema de saúde pública. Além da situação de agressão em si, as possíveis repercussões biopsicossociais do fenômeno e as possíveis consequências que afetarão a saúde sexual e/ou reprodutiva, como gestação e doenças sexualmente transmissíveis, têm fomentado interesse da comunidade científica e das instituições de saúde; ainda assim, os dados existentes são de difícil comparabilidade. Para as mulheres adultas, o impacto da violência sexual implica na diminuição da percepção sobre o seu corpo, resultando em menores cuidados quanto à saúde sexual e reprodutiva (SCHRAIBER et al., 2007). Na esfera emocional, a violência pode produzir efeitos intensos que, muitas vezes, podem ser irreparáveis.

A violência contra a mulher e a Aids tem vários pontos de intersecção, tais como o abuso sexual contra mulheres e meninas, a exploração sexual e a violência perpetrada pelo parceiro dentro de sua própria casa. Pelas razões já citadas acima, como dificuldade de mensuração e definição de violência, e pelo fato de prática sexual não consensual ser considerada em muitas culturas como dever da esposa, é difícil encontrar estudos que investiguem associação entre infecção pelo HIV e violência (WHO, 2005; CAMPBELL et al., 2008).

No sul do Brasil, ainda são raras as pesquisas que abordam essa questão. Um estudo realizado em Porto Alegre, através de análise de prontuários de mulheres com diagnóstico de HIV, encontrou que a incidência de HIV/Aids no grupo estava intimamente relacionada com a dificuldade das mulheres em se prevenir, e o uso de preservativos dependia da aprovação e aceitação do parceiro; no mesmo estudo, o relato de algum tipo de violência por parte do parceiro ocorreu em 28% da amostra (PORTO et al., 2003).

Ainda que a violência seja um fenômeno passível de prevenção, o vínculo entre a violência e a Aids se explica tanto por fatores biológicos como por fatores

socioeconômicos e culturais; todos eles têm um denominador em comum que é a desigualdade de gênero, que afeta a capacidade da mulher de proteger seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

Infecção pelo HIV, contracepção, gestações e aborto

Atualmente, uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção pelo HIV na população feminina se dá durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV. Outrossim, isso representa grave falha na formação de uma massa crítica que sustente, em nosso meio, as medidas de prevenção das DST, entre elas a infecção pelo HIV, além de uma gravidez possivelmente não desejada (BRASIL, 2010).

Paiva e colaboradores (2002) descrevem que o comportamento de risco com relação à gravidez observado nas mulheres com HIV/Aids, reflete a orientação contraceptiva restrita e o pouco acompanhamento realizado nos serviços de saúde que as atendem. De acordo com os achados desse estudo, os serviços de saúde têm intuito restrito em incentivar o uso de preservativos para promover a prevenção de infecções na paciente e em seus parceiros não portadores de HIV e não as visualizam enquanto “sujeitos sexuais” com potencial para exercer sua sexualidade e seus direitos de escolha. Nesse sentido, alguns estudos confirmam que mulheres brasileiras têm acesso limitado às informações que lhes permitiriam fazer escolhas com relação à contracepção (DINIZ et al., 1998; SANTOS et al., 2002).

Em consonância com esse achado, Figueiredo (2010) encontrou, em um inquérito domiciliar, realizado em São Paulo, que mulheres com HIV/Aids não costumam identificar o risco de gravidez não planejada como consequência de sua atividade sexual e, além disso, elas não recebem orientação específica de contracepção, o que, conseqüentemente, aumenta a exposição a gestações não planejadas e abortos. Internacionalmente, há evidências de que mulheres que recebem orientações adequadas e têm acesso à terapia antirretroviral demonstram

maior adesão ao uso de métodos contraceptivos, principalmente aqueles reversíveis (EZEANOLUE et al., 2011).

Figueiredo (2010) aponta que a pílula anticoncepcional é o método de escolha contraceptiva mais prevalente entre as mulheres antes da informação de sorologia positiva para o HIV, seguido do coito interrompido. O não uso de preservativo é justificado pelas mulheres, por não o considerarem um método eficaz (nesse caso, a insegurança na eficácia contraceptiva do preservativo reflete experiências de falhas no uso, conforme relato das mulheres). Após o conhecimento da sorologia positiva para o HIV, o preservativo passa a ser o método mais frequentemente adotado.

Para alguns autores, as questões referentes à gestação não planejada, surgem como consequência não somente da falta de acesso à prevenção e assistência, mas também como consequência das desigualdades de relações de gênero que se estabelecem socialmente, determinando um papel à mulher com relação às decisões masculinas de não uso de preservativos (BARBOSA, 1995; KNAUTH et al., 2002), sendo influenciada especialmente pelas precárias condições socioeconômicas (CASTRO; FARMER, 2005; KNAUTH et al., 2003; OLIVEIRA; JÚNIOR, 2003).

Em contrapartida, estudos internacionais têm mostrado queda nas taxas de fecundidade e no número de novas gestações entre mulheres soropositivas comparativamente a mulheres soronegativas ou à população feminina em geral (em idade reprodutiva) em diversos países (De VINCENZI et al., 1997; FABIANI et al., 2006; HUNTER et al., 2003; MASSAD, 2004).

Além disso, tem sido observado que mulheres que engravidam após um diagnóstico de HIV ou com grandes chances de engravidar são geralmente mais jovens, com baixa escolaridade, fazem menor uso de métodos contraceptivos e relatam um maior número de gestações prévias, bem como de abortos induzidos, desejam ou têm intenção de ter filhos no futuro, têm parceiros com sorologia desconhecida ou negativa e menor conhecimento sobre prevenção da transmissão vertical (BEDIMO et al., 1998; KLINE et al., 1995; NAKAYIWA et al., 2006).

Esses dados indicam que os serviços destinados às mulheres vivendo com HIV/Aids devem realizar, de forma constante, a reorientação sobre o uso de preservativos em busca não apenas do aumento a sua adesão, mas, também, no uso correto e consistente. Devem, ainda, promover estratégias de redução de risco que contemplem abordagem multifatorial, as diferentes parcerias, práticas sexuais e formas de uso de contraceptivos tecnológicos e comportamentais, de modo a promover a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. As mulheres vivendo com HIV/Aids têm direito a uma decisão consciente sobre que métodos anticonceptivos usar e sobre ter ou não ter filhos e devem fazê-lo de forma mais informada possível quanto à perspectiva de contaminação ou não de seus filhos e parceiros soronegativos no momento da concepção, evitando, assim, situações que põem sua saúde em risco, como o caso do aborto.

O aborto é um sério problema de saúde pública mundial, responsável pela manutenção das altas taxas de mortalidade materna em muitos países em desenvolvimento (DOMINGOS; MERIGUI, 2010). No Brasil, esse problema está associado, principalmente, à ausência de orientações e métodos seguros para evitar a gravidez indesejada, bem como a ilegalidade que submete muitas mulheres a práticas inseguras.

As dificuldades de investigação acerca da prática de aborto, em especial sobre o aborto induzido, tanto na população feminina em geral, como, também, com as mulheres vivendo com HIV/Aids, são evidenciadas pela escassez de estudos internacionais e nacionais. Os poucos estudos existentes têm observado maior taxa de abortamento espontâneo entre mulheres com diagnóstico de HIV comparativamente a mulheres sem diagnóstico de HIV ou população em geral (D'UBALDO et al., 1998; JOHNSTONE et al., 1988; MIOTTI et al., 1990).

No Brasil, dados proveniente do maior estudo já conduzido sobre aborto induzido em mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids foram publicados em 2009. O estudo demonstrou que uma proporção ligeiramente maior de mulheres vivendo com HIV/Aids, comparativamente às mulheres não vivendo com HIV/Aids, relatou aborto induzido alguma vez na vida, e que o perfil das mulheres que

relataram a prática de aborto é bastante semelhante entre os grupos (BARBOSA et al., 2009). Cabe salientar, que ainda que este estudo tenha sido conduzido, incluindo as cinco regiões brasileiras, os serviços de saúde foram escolhidos por amostra de conveniência, em que pesam as limitações do próprio método.

Van Benthem e colaboradores (2000) observaram, numa coorte de mulheres soropositivas acompanhadas, desde 1993, em diferentes centros europeus, que a proporção de abortos induzidos aumentou significativamente após o diagnóstico de HIV, enquanto que o número de novas gestações diminuiu com a progressão da doença. Após 1995, os autores observaram que o número de abortos induzidos entre as mulheres soropositivas diminuiu significativamente, dado que pode estar relacionado com a introdução do protocolo para prevenir da transmissão vertical. No estudo de Bongain et al. (2002), com uma coorte de mulheres soropositivas acompanhadas no sul da França, houve redução na proporção de aborto induzido após a introdução da profilaxia antirretroviral.

Em Uganda, um estudo transversal com homens e mulheres infectados com HIV encontrou que 33% dos entrevistados não usavam preservativos ou usavam de forma inconsistente e sem nenhum outro método de contracepção em conjunto; destes, 73% não queriam mais filhos e tinham alto risco de terem uma gravidez indesejada (NAKAYIWA et al., 2006).

No Brasil, são poucos os estudos que comparem ocorrência de abortos entre mulheres com e sem HIV e que estudem a tomada de decisão da interrupção da gestação. Em nosso país, problemas culturais e informações distorcidas ou desatualizadas sobre os métodos de alta eficácia e contracepção de emergência constituem barreiras para a aceitação e adesão à anticoncepção, que contribuem para a prática do aborto.

Embora a condição sorológica de ser HIV positivo possa exercer grande impacto na vida sexual e reprodutiva das mulheres (NAKAYIWA et al., 2006), levando, inclusive, ao adiamento ou extinção dos planos de ter filhos (SANT'ANNA et al., 2008), alguns estudos têm documentado que as mulheres HIV positivas desejam ou têm intenções de engravidar (COOPER et al., 2007; MARCELLIN et al.,

2010; NAKAYIWA et al., 2006; OLADAPO et al., 2005; PAIVA et al., 2007; SOWELL et al., 2002), e que o acesso à terapia antirretroviral pode facilitar essa escolha reprodutiva. Questões culturais estão envolvidas nesse processo, no sentido de que, para muitas mulheres, a maternidade pode assumir maior importância do que sua condição sorológica (MARCELLIN et al., 2000; OLADAPO et al., 2005); entretanto, os fatores associados com a ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV ainda são pouco estudados.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo desta Tese é caracterizar, no que concerne à saúde sexual e reprodutiva, as mulheres vivendo com HIV/Aids, na cidade de Porto Alegre.

Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste trabalho:

1. Descrever quem são as mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos serviços públicos de atenção especializada em HIV/Aids, na cidade de Porto Alegre;
2. Investigar o uso de métodos contraceptivos adotado pelas mulheres vivendo com HIV/Aids;
3. Comparar por faixas etárias, características de saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/Aids;
4. Investigar fatores associados com a ocorrência de gestações em mulheres vivendo com HIV/Aids após o diagnóstico de infecção pelo HIV;
5. Compreender as especificidades das mulheres vivendo com HIV/Aids com ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV.

5. REFERÊNCIAS

ABEP. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2008. 452p.

ABEP, UNFPA. Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo. ABEP; UNFPA. Campinas: ABEP: UNFPA, 2009. 356p.

Alves JAL. A Conferência de Viena sobre Direitos Humanos. In: Lindgren Alves JA. Relações Internacionais e temas sociais: a década das conferências. Brasília: IBRI; 2001. 432p.

Alves JED. A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica. Rio de Janeiro, Texto de discussão, n. 4, ENCE/IBGE, 2002.

Arilha M, Berquó E. Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: ABEP; UNFPA. Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo. ABEP; UNFPA. Campinas: ABEP: UNFPA, 2009. p. 67-120.

Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker RG, editors. Sexualidades pelo Averso: direitos, identidade e poder. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.

Barbosa RM. AIDS e Saúde reprodutiva: velhas e novas questões. In: Barbosa RM, editor. Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil. São Paulo: Family Health Internacional ed. 1995. Acesso em: 20 jan. 2012. Disponível em: <http://fhi.org/en/rh/pubs/wsp/brazilabsport.htm#AIDS> e saúde reprodutiva: Velhas e novas questões

Barbosa RM. Negociação sexual e sexo negociado, sexualidade e gênero em tempos de Aids [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

Barbosa RM. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids, In: Berquó E. (Org.). Sexo & Vida: panorama de saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, Editora da Unicamp, 2003. p. 339-89.

Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1085-99.

Barsted L. Gênero e direitos humanos. In: Proposta, FASE, ano 31, março/maio de 2002.

Barzelatto, J. Desde El control de natalidad hacia La salud sexual y reproductiva: La evolución de um concepto a nível internacional. In: Bilac ED, Rocha MIB. (Orgs.). Saúde reprodutiva na America Latina e no Caribe. São Paulo, Editora 34, 1998. p. 39-49.

Bastidas LS. Aspectos epidemiológicos e psicodinâmicos de mulheres que engravidaram após o diagnóstico de HIV positivo [dissertação]. São Bernardo do Campo (SP): Universidade Metodista, 2000.

Bedimo AL, Bessinger R & Kissinger P. Reproductive choices among HIV positive women. *Soc Sci Med*. 1998;46(2):171-179.

Bell E, Mthembu P, O'Sullivan S, Moody K. Sexual and reproductive health services and HIV testing: perspectives and experiences of women and men living with HIV

and AIDS. *Reprod Health Matters*. 2007;15 Suppl 29:S113-35.

Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre esterilização voluntária In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 13, Ouro Preto, 2002. Anais. Campinas: ABEP, 2002.

Berquó E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e parto cirúrgico – à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, CIEC/ECO/UFRJ, 1993; 1(2):366-81.

Berquó E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil, In: Giffin K, Costa SH. (Orgs.). *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999. p. 113-126.

BRASIL. Constituição da República do Brasil de 1988. Acesso em: 03 fev. 2012.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm

BRASIL. Decreto – Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Acesso em: 02 mar. 2012. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm

BRASIL. Decreto – Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União de 09/08/1943. Acesso em: 03 fev. 2012. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/10/1943/5452.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids – DST. Versão Preliminar. Ano III. Nº 01. Brasília: 2011a. Acesso em: 26 fev. 2012. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumo_analitico_dos_dados_do_boletim_epidemiol_92824.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Casos de aids identificados no Rio Grande do Sul. 2011b. Acesso em: 26 dez. 2011. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/rs.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Mortalidade no Brasil, sexo feminino e grupo CID 10 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (período de 1996 a 2009). 2012. Acesso em: 29 jan. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

BRASIL. Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Diário Oficial da União de 12/01/1996. Acesso em: 03 fev. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005. Acesso em: 11 nov. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/direitos_sexuais_port_210910.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para práticas em serviço. Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº 8. Série Normas e Manuais Técnicos, nº 131. 2002.

Acesso em: 21 dez. 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Departamento de DST e Aids. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST, Versão Revisada. Brasília, Ministério da Saúde, 2009d.

Bozon M. Sociologia da Sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

Bozon M. L'évolution des scénarios de la vie reproductive des femmes au Brésil. Médicalisation, genre et inégalités sociales. Tiers-Monde. 2005;46(182):359-84.

Caetano AJ. Acesso à contracepção segura. In: Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: rumos para Cairo +20. Brasília, Presidência da República,

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010. p. 59-80.

Caetano AJ. O declínio da fecundidade e suas implicações: uma introdução. In: Caetano AJ, Alves JEDA, Corrêa S. (Orgs.). Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: ABEP, UNFPA, 2004. p. 11-18.

Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2008;15: 221–31.

Canesqui AM. Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana. Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas, 1987.

Carrara S. O tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1996.

Castro A, Farmer P. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. *Am J Public Health.* 2005;95:53-9.

Connor EM, Sperling SR, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. For the pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med.* 1994;331:1173-80.

Corrêa S, Alves JED, Jannuzzi PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S. (Org.). Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. p. 27-62.

Corrêa S, Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos

brasileiros. In: Berquó E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, Editora Unicamp, 2003. p. 17-78.

Corrêa S. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. 1993;10:3-11.

Corrêa S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: Giffin K, Costa SH. (Orgs.). *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999. p. 39-50.

Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1073-83.

Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH. (Orgs.). *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-336.

Costa J. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

De Vicenzi I, Jadand C, Couturier E, Brunet JB, Gallais H, Gastaut JA, et al. Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. SEROCO Study Group. *AIDS*. 1997;11(3):333-8.

Diaz T, Schable B, Chu S. Relationship between use of condoms and others forms of contraception among human immunodeficiency virus-infected women. *Obstetrics and Gynecology*. 1995;86(2):277-82.

Diniz SG, de Mello e Souza G, Portela AP. Not like our mothers - reproductive choice and the emergence of citizenship among brazilian rural workers, domestic workers and housewives. In: Petchesky RP, Judd K, editors. *Negotiating Reproductive Rights*.

Women's Perspectives Across Countries and Cultures. London: Zed Books; 1998. p. 31-68.

Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 Supl 1: S959-66.

Domingos SRF, Merigui MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):177-81.

D'Ubaldo C, Pezzotti P, Rezza G, Branca M, Ippolito G, DIANAIDS Collaborative Study Group. Association between HIV-1 infection and miscarriage: a retrospective study. *AIDS*. 1998;12:1087-93.

EngenderHealth; UNFPA. Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. Organização: EngenderHealth e UNFPA. Nova York: EngenderHealth e Brasília: UNFPA, 2008.

Ezeanoluea E, Stumpf PG, Soliman E, Fernandez G, Jack I. Contraception choices in a cohort of HIV+ women in the era of highly active antiretroviral therapy. *Contraception*. 2011;84:94–7.

Fabiani M, Nattabi B, Ayella EO, Ogwang M, Declich S. Differences in fertility by HIV serostatus and adjusted HIV prevalence data from an antenatal clinic in northern Uganda. *Trop Med Int Health*. 2006;11(2):182-7.

Figueiredo R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl 1:S1175-83.

FLASOG. Uso de misoprostol em obstetrícia e ginecologia. República Dominicana: FLASOG, 2005.

Freedman LP, Isaacs SL. Human rights and reproductive choice. *Studies in Family Planning*. 1993;24:18-30.

Fonseca MC. Prefácio. In: ABEP. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2008. p. 13-22.

Galvão J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

Galvão L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: Galvão L, Díaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil, São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999.

Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

Hunter SC, Isingo R, Boerma JT, Urassa M, Mwaluko GM, Zaba B. The association between HIV and fertility in a cohort study in rural Tanzania. *J Biosoc Sci*. 2003;35(2):189-99.

International Women's Health Coalition. Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para ação, 1999. HERA – Health, Empowerment, Rights & Accountability. Acesso em: 28 fev. 2012. Disponível em: <http://www.iwhc.org/hera>

Johnstone FD, Maccallum L, Brettler R, Inglis JM, Peutherer JF. Does infection with HIV affect the outcome of pregnancy? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296(6620):467.

Kline A, Strickler J, Kempf J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. *Soc Sci Med*. 1995; 40(11):1539-47.

Knauth D, Barbosa R, Hopkins K, Pegorario M, Fachini R. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da AIDS. *Interface - Com S Educ* 2002;11(6):39-54.

Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K. Between personal wishes and medical prescription: mode of delivery and post-partum sterilization among woman with HIV in Brasil. *Reprod Health Matters*. 2003;11:113-21.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):695-701.

Lusti-Narasimhan M, Cottingham J, Berer M. Ensuring the Sexual and Reproductive Health of People Living with HIV: Policies, Programmes and Health Services. *Reprod Health Matters*. 2007; 15 Suppl 29:S1–3.

Mandú ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil, século XX, *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2002; 10(3):358-71.

Martin D. *Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1995.

Marcellin F, Protopopescu C, Abé C, Boyer S, Blanche J, Ongolo-Zogo P, et al. Desire for a child among HIV-infected women receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the national survey EVAL (ANRS 12-116). *Aids Care*. 2010;22(4):441-51.

Massad LS, Springer G, Jacobson L, Watts H, Anastos K, Korn A, et al. Pregnancy

rates and predictors of conception, miscarriage and abortion in US women with HIV. *AIDS*. 2004;18:281-6.

Mello e Souza C. Dos estudos populacionais à saúde reprodutiva, In: Ford Foundation. Os 40 Anos da Fundação Ford no Brasil: Uma parceria para a mudança social. Rio de Janeiro/São Paulo: EDUSP/Fundação Ford, 2002.

Miotti PG, Dallabetta G, Ndovi E, Liomba G, Saah AJ, Chipangwi J. HIV-1 and pregnant women: associated factors, prevalence, estimate of incidence and role in fetal wastage in central Africa. *AIDS*. 1990;4(8):733-6.

Nakayiwa S, Abang B, Packel L, Lifshay J, Purcell DW, King R, et al. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Behav*. 2006;10 Suppl 4:S95-104.

Oladapo OT, Daniel OJ, Odusoga OL, Ayoola-Sotubo O. Fertility desires and intentions oh HIV-positive patientes at a suburban specialist center. *Journal of The National Medical Association*. 2005;97(12):1672-81.

Oliveira LA, Junior IF. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cadernos de Saúde Publica*. 2003;19:315-23.

Osis MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998;14 Supl 1:441-53.

Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(6):1609-20.

Perpétuo IH, Wajnman S. A esterilização feminina no Brasil: diferenciais por

escolaridade e renda. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas. 1993;10(1/2), jan./dez.

Perpétuo IHO, Wong LR. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006, In: *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. p. 87-104.

Petchesky R, Judd K. *Negotiating reproductive rights: women's perspectives across countries and cultures*. New York: Zed Books; 1998.

Pitanguy J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Griffin K, Costa SH (Orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 19-38.

Porto JRR, Homero MNT, Luz AMH. Violence against and the female increase of HIV/AIDS incidence. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2003;2. Acesso em: 22 out. 2011. Disponível em: www.uff.br/nepae/objn203portohomeroluz.htm

Possas C, Buchalla CM, Hearst N. Building AIDS Research Capacity in Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57 Suppl 3:S125-8.

Potter JE, Perpetuo IH, Berquo E, Hopkins K, Leal OF, Formiga MC, Souza MR. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception*. 2003;67:385-90.

Rea MF. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. In: Berquó E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, Editora Unicamp, 2003. p. 197-224.

Rocha MIB. Política Demográfica e Parlamento – Debates e Decisões sobre o Controle da Natalidade. Textos NEPO, 25. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas, 1993.

Romanelli RMC, Kakehasi FM, Tavares MCT, et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Rev Bras Saude Matern Infant. 2006;6(3):329-34.

Sant'Anna ACC, Seidl EMF, Galinkin AL. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. Estudos em Psicologia. 2008;25:101-9.

Santos NJS. As mulheres e suas decisões reprodutivas, diante da epidemia de HIV/AIDS [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2002.

Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saude Publica 2002;36 Supl 4:S12-23.

Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Filipe EM. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad Saúde Pública. 2009;25 Supl 2:S321-33.

Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Plano estadual de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST no Rio Grande do Sul. Acesso em: 17 nov. 2011. Disponível em:

<http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=rio-grande-do-sul>

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saude Publica 2007;41(5):797-807.

Stanwood NL, Cohn SE, Heiser JR, Pugliese MA. Contraception and fertility plans in a cohort of HIV-positive women in care. *Contraception*. 2007;75:294-8.

Thackway SV, Furner V, Mijch A, Cooper DA., Holland D, Martinez P, et al. Fertility and reproductive choice in women with HIV-1 infection. *AIDS*. 1997;11(5):663-7.

Tunala L, Paiva V, Ventura-Filipe E, Santos TLL, Santos N, Hearst N. Lidando com fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, editors. *Tá difícil de engolir? - experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo*. São Paulo: NEPAIDS IP/USP, 2000.

UNAIDS. Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Report 2011. WHO/UNAIDS/UNICEF. Acesso em: 05 jan. 2012. Disponível em:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/201111130_UA_Report_en.pdf

UNFPA. Programme of Action of the International Conference on Population and Development – Cairo, 1994. Acesso em: 20 fev. 2012. Disponível em:
<http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd>

UNFPA, Instituto PAPAÍ. *Homens também cuidam! Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado*. Recife: UNFPA; Instituto PAPAÍ, 2007.

Van Benthem BHB, De Vicenzi I, Delmas MC, Larsen C, van den Hoek A, Prins M, et al. Pregnancies before and after HIV diagnosis in a European cohort of HIV-infected women. *AIDS*. 2000;14(14):2171-8.

Vieira EM. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Berquó E. (Org.). Sexo & Vida. Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 151-96.

Villela W, Lopes F, Nilo A. A violência de gênero contra as mulheres com HIV/Aids: aprimorando as respostas no Brasil. Saúde Coletiva. 2007; 4(18):178-92.

WHO. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva, 2006a.

WHO. Glion Consultation on Strengthening the Linkages between Reproductive Health and HIV/AIDS: Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children. 2006b. Acesso em: 30 jan. 2012. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HIV_2006.02_eng.pdf

WHO. Health topics – Reproductive health. 2011a. Acesso em: 25 jan. 2012. Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

WHO. Health topics – Sexual health. 2011b. Acesso em: 25 jan. 2012. Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

WHO. Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections. Intimate Partner Violence and HIV/AIDS. WHO, 2005.

6. ARTIGO 1

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil

Revista Pretendida: Cadernos de Saúde Pública

Autores:

Luciana Barcellos Teixeira – Enfermeira. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Flávia Bulegon Pilecco – Biomédica. Mestre em Epidemiologia. Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Álvaro Vigo – Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Daniela Riva Knauth – Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Etnologia e Antropologia Social pela *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Apoio: Grupo Hospitalar Conceição.

Resumo

Introdução: O crescimento do número de mulheres com diagnóstico da infecção pelo HIV e o atual aumento da expectativa de vida proporcionado pela terapia antirretroviral apresenta um novo contexto no que concerne às decisões reprodutivas e práticas sexuais das mulheres vivendo com HIV/Aids.

Objetivo: O presente artigo tem por objetivo analisar o comportamento, em termos de saúde sexual e reprodutiva, adotado pelas mulheres vivendo com HIV/Aids segundo a faixa etária.

Métodos: Os dados analisados resultam de uma pesquisa transversal, realizada com mulheres em idade reprodutiva, com diagnóstico de infecção pelo HIV. Foram entrevistadas 691 mulheres recrutadas nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids da cidade de Porto Alegre, Brasil.

Resultados: Diferenças estatisticamente significativas foram observadas no número de gestações e no número de filhos entre as mulheres das diferentes faixas etárias analisadas ($p < 0,001$). Cerca de um quarto das mulheres de 18 a 24 anos nunca tiveram filhos. Dentre as mulheres de 45 a 49 anos, 31% tinham 4 ou mais filhos. Na amostra estudada, 31,6% das mulheres já tiveram 10 ou mais parceiros sexuais na vida. Não foi observada diferença significativa entre os grupos etários quanto ao número de parceiros sexuais na vida ($p = 0,129$). O percentual de uso de medicação antirretroviral aumenta progressivamente conforme as faixas etárias, chegando a 86,7% entre mulheres de 45 a 49 anos ($p < 0,001$). O uso de drogas ilícitas durante a vida é mais frequente na faixa dos 18 aos 34 anos ($p < 0,001$). A prática de sexo por dinheiro foi mais frequente entre as mulheres mais jovens, de 18 a 29 anos ($p = 0,009$). O uso do preservativo³ na última relação sexual foi relatado por 62,7% da amostra e também não houve diferença entre os grupos etários.

Conclusões: Em relação ao comportamento sexual e reprodutivo, o presente estudo fornece evidências de alguns fatores que caracterizam a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV, que são bastante diferenciados quando consideramos a faixa etária das entrevistadas. São as mais jovens que declararam, em maior proporção, já ter feito uso de drogas durante a vida, da mesma forma que também são a maioria que afirmam já ter realizado sexo em troca de dinheiro. As variações observadas em termos do comportamento de sexual e reprodutivo segundo a faixa etária implicam em demandas diferenciadas de atenção nos serviços de saúde.

³ Neste estudo, “preservativo” refere-se ao preservativo masculino.

Introdução

As respostas à epidemia da Aids obtiveram avanços significativos na última década. A ampliação do acesso aos serviços de aconselhamento e testagem, bem como uma expansão significativa no acesso à terapia antirretroviral, contribuíram para a redução do número de pessoas que morrem por causas relacionadas à Aids. Observa-se, ainda, queda na incidência de pessoas com HIV/Aids a partir de 2007, produzindo a estabilização de epidemia, em alguns países. Entretanto, essas tendências globais não ocorrem no Oriente Médio e Norte da África, onde há o aumento do número anual de pessoas infectadas pelo HIV (1).

O número de casos de Aids entre mulheres aumentou progressivamente desde o início da epidemia, e esse processo, conhecido como feminização da epidemia (2), foi documentado não só no Brasil, mas em outros países também (3). Globalmente, as estimativas da UNAIDS indicam que as mulheres já representam cerca de 50% (IC95%: 48-53%) dos adultos acima de 15 anos vivendo com HIV/Aids, proporção que muda consideravelmente conforme as regiões analisadas. As desigualdades econômicas, sociais e culturais são fatores que aparecem relacionados à epidemia do HIV, sobretudo no que se refere à infecção feminina. As mulheres mais afetadas são, justamente, as que se encontram na região da África Subsaariana e no Caribe, o que remete a necessidade de abordar a desigualdade de gênero como um componente que contribui para o crescimento da epidemia do HIV/Aids entre mulheres. Na última década, observa-se ligeiro aumento da proporção de mulheres entre as pessoas vivendo com HIV/Aids na América Latina, América do Norte e na Europa Ocidental e Central (2). Na América Latina, a proporção de mulheres passou de 32% (IC95%: 26-41%), em 2001, para 35% (IC95%: 29-41%), em 2010. O Brasil, país mais populoso da região, abriga um terço das pessoas vivendo com HIV/Aids na América Central e do Sul (2), e desde a notificação do primeiro caso de Aids até 2011, as mulheres representavam 34,6% dos casos notificados, estando a maioria delas em idade reprodutiva (4).

No Brasil, o sistema público de saúde apresentou uma resposta à epidemia da Aids considerada internacionalmente como bem sucedida (5), promovendo o acesso universal à terapia antirretroviral, envolvimento da sociedade civil e ações de proteção dos direitos humanos, prevenção da transmissão do HIV entre homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e trabalhadores do sexo (6). Ainda assim, os dados nacionais registraram um aumento de 82% no número de casos de Aids notificados na população

feminina entre 1995 e 2005 (7), e a razão de sexos diminuiu, sistematicamente, passando de 26,7 homens por mulher, em 1985, para 1,7 homens por mulher, em 2010 (4). Nesse sentido, nos últimos anos, especial atenção tem sido dada ao aumento de mulheres infectadas pelo HIV por meio do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (7).

Os dados epidemiológicos apontam que o Rio Grande do Sul é o estado brasileiro com maior número de casos de Aids identificados entre mulheres. Desde 2001, as mulheres representam mais de 40% das notificações. Em 2009, esse percentual subiu para 46% (8), dados similares aos apontados pela UNAIDS em países africanos (2). Das mulheres identificadas em 2009, 79% estavam na faixa etária dos 15 aos 49 anos e a categoria de exposição predominante foi o contato heterossexual (8). Nas faixas etárias mais jovens (14 a 29 anos), o número de mulheres é praticamente o dobro do que de homens (9).

O Plano de Metas Globais lançado pela UNAIDS, de 2011 até 2015, destaca que as mulheres vivendo com HIV são o centro da resposta à epidemia (10). A prevenção de novas infecções pelo HIV entre mulheres em idade reprodutiva é vista como um passo vital para a redução de novas infecções entre crianças, e exige redução da incidência de HIV entre mulheres de 15 a 49 anos (1) e necessidade de oferecer serviços de planejamento familiar e serviços complementares para as mulheres vivendo com HIV/Aids (2). Esse caminho já vem sendo apontado para alcançar metas pactuadas internacionalmente em anos anteriores. Com a finalidade de qualificar a atenção em saúde às mulheres vivendo com HIV/Aids, algumas críticas têm sido feitas às políticas de saúde. Observa-se que, com a introdução do protocolo para prevenir a transmissão vertical, o conceito de saúde da mulher tem sido fortemente associado ao aspecto reprodutivo e, portanto, as políticas públicas falham em oferecer assistência integral à saúde das mulheres vivendo com HIV, incluindo os aspectos de saúde sexual e reprodutiva (11). Parte desse contexto deve-se à priorização, particularmente nos países em desenvolvimento, de políticas de saúde materno-infantil, cujo objetivo era, prioritariamente, a redução da mortalidade infantil. Por outro lado, a associação entre a Aids e grupos de risco permanece no imaginário dos profissionais de saúde, que têm dificuldade em identificar as mulheres casadas e com filhos, com a doença.

O crescimento do número de mulheres infectadas com o HIV e o atual aumento da expectativa de vida proporcionado pela terapia antirretroviral impõe a necessidade de um maior conhecimento sobre as decisões destas mulheres em termos de saúde sexual e reprodutiva. Nos últimos anos, vários estudos procuraram avaliar o impacto do diagnóstico

do HIV sobre as mulheres, particularmente no que concerne às decisões reprodutivas (12-16). No Brasil, alguns inquéritos sobre comportamento sexual com a população em geral, utilizando diferentes abordagens metodológicas, estão documentados (17-19). O estudo de maior amplitude, que explora as questões de saúde sexual e reprodutiva no Brasil, de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV e mulheres sem diagnóstico conhecido de soropositividade para o HIV, ocorreu entre 2003 e 2004 e envolveu 13 municípios brasileiros. Cabe ressaltar, que em ambos os grupos, os serviços foram escolhidos por amostra de conveniência (20).

A identificação de quem são as mulheres vivendo com HIV/Aids que são atendidas nos serviços públicos especializados e suas características em termos de saúde sexual e reprodutiva são questões fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde para as mulheres vivendo com HIV/Aids. É ainda relevante avaliar as diferenças existentes entre as mulheres vivendo com HIV/Aids, uma vez que as demandas de saúde variam conforme a fase de vida na qual se encontram essas mulheres.

O presente artigo tem por objetivo analisar o comportamento, em termos de saúde sexual e reprodutiva, adotado pelas mulheres vivendo com HIV/Aids segundo a faixa etária. Busca-se, com isso, fornecer subsídios para discussões sobre os avanços ocorridos na saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva e os possíveis impactos sobre esse grupo ao longo dos anos, permitindo comparações nacionais ou internacionais e auxiliando na formulação de políticas e estratégias de ação em saúde.

Métodos

Os dados analisados são resultantes de uma pesquisa transversal, realizada com mulheres em idade reprodutiva, de 18 a 49 anos, divididas em dois grupos: mulheres com diagnóstico conhecido de infecção pelo HIV e mulheres sem diagnóstico conhecido de soropositividade para o HIV. A coleta de dados foi realizada de janeiro a novembro de 2011.

O cálculo amostral levou em consideração a comparação dos dois grupos em relação ao aborto — por ser o desfecho principal na temática estudada. Considerando uma estimativa preliminar da proporção de aborto em mulheres na população em geral igual a 12,4%, para um poder de 80% e nível de significância bilateral de 5%, são necessárias 384 mulheres em cada grupo para detectar um risco relativo de ocorrência de aborto igual ou superior a 1,6. Com a correção do efeito do delineamento por amostragem complexa (deff)

igual a 1,6, o tamanho de total foi estimado em 1230 mulheres, respectivamente, 615 mulheres em cada grupo.

Mulheres que declararam que nunca haviam tido relações sexuais e mulheres que declararam ter tido relações sexuais somente com mulheres não foram incluídas no estudo, uma vez que um dos propósitos da pesquisa foi investigar especificidades das mulheres expostas à transmissão heterossexual do HIV.

No presente artigo, serão analisados, exclusivamente, os dados do grupo de mulheres vivendo com HIV/Aids. Para esse grupo, foram abordadas 756 mulheres para as entrevistas, das quais 65 (8,6%) recusaram a participação no estudo, sendo a amostra final composta por 691 mulheres. As participantes foram selecionadas nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids da cidade de Porto Alegre, Brasil. O número de participantes em cada serviço foi definido pela proporcionalidade de atendimentos.

As mulheres foram selecionadas, por amostragem aleatória simples, a partir das agendas de marcação de consultas de todos os profissionais que atendiam nesses serviços (incluindo enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e assistentes sociais). O convite para participar da pesquisa ocorria antes ou após a consulta, conforme as características de cada serviço de saúde. De um total de 1193 consultas agendadas por mulheres elegíveis, 436 mulheres (36,5%) não compareceram, tendo sido repostas na pesquisa pela seleção de consultas subsequentes.

O protocolo da pesquisa incluiu um treinamento intensivo aos entrevistadores, contemplando questões sobre a caracterização da epidemia da Aids, métodos de abordagem aos pacientes nos serviços de saúde, obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação do questionário.

Após a obtenção do consentimento, as participantes responderam um questionário eletrônico, elaborado através do programa Sphinks Léxica versão 4.0, em local privativo, preenchido pelo entrevistador em *netbook*.

O questionário versou sobre características sociodemográficas, desfechos principais na trajetória de saúde sexual e reprodutiva, utilização de métodos contraceptivos com diferentes parceiros, momento do diagnóstico do HIV, uso de medicações, situações de violência e questões sobre a saúde em uma perspectiva global.

Foi realizada uma pesquisa piloto para pré-teste do questionário quanto à adequabilidade das questões, visando facilitar a compreensão das mesmas. Para controle

de qualidade dos dados, foi realizado novo contato com 10% das participantes, escolhidas ao acaso, para certificação das respostas obtidas.

As análises dos dados foram realizadas utilizando-se os *softwares* Predictive Analytics Software (PASW) versão 18.0 e Statistical Analysis System (SAS) versão 9.3.

A descrição de características sociodemográficas, trajetória reprodutiva e de saúde foram apresentadas por valores absolutos e percentuais e as comparações entre as respectivas faixas etárias foram realizadas pelo teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

As características relacionadas à primeira e à última relação sexual foram apresentadas por valores absolutos e percentuais ou mediana e amplitude interquartílica. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para as variáveis contínuas, a comparação entre os grupos foi realizada através do teste de Kruskal-Wallis. Em todas as análises foi considerado o nível de significância de 5%.

A Análise de correspondência foi utilizada como técnica composicional, para representar, através do mapa perceptual, as associações entre faixas etárias e seus atributos no espaço multidimensional. Como a análise de correspondência é sensível às categorias com frequências muito baixas (21), estas foram excluídas da análise.

O protocolo do estudo (nº 2008216) foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e demais comitês das instituições envolvidas.

Resultados

A descrição e as comparações de características sociodemográficas de mulheres vivendo com HIV/Aids por faixas etárias são apresentadas na Tabela 1. A amostra é constituída, predominantemente, por mulheres brancas (59,2%) e com mais de 7 anos de escolaridade (59,4%). A grande maioria das entrevistadas (85,7%) possui renda familiar entre 1 e 3,99 salários mínimos (300 a 1.197 dólares, na época da pesquisa) e mais da metade delas (54,1%) exerce alguma atividade remunerada de trabalho. Em termos de relacionamento, 71,1 % das mulheres possuíam algum tipo de relacionamento afetivo no momento da entrevista.

As mulheres mais velhas tendem a frequentar mais religião quando comparadas com as mais jovens ($p=0,013$). Quanto ao exercício de atividade remunerada, o menor índice de emprego é observado entre as mulheres de 45 a 49 anos ($p=0,001$). Mulheres

com idade entre 40-44 e 45-49 anos apresentam menor percentual de relacionamento afetivo atual quando comparadas aos demais grupos ($p < 0,001$).

Os dados sobre trajetória reprodutiva e características de saúde das mulheres vivendo com HIV/Aids por faixas etárias são apresentados na Tabela 2. Observa-se que entre as mulheres de 18 a 24 anos, 84,7% já tiveram pelo menos uma união conjugal. A experiência de pelo menos duas uniões foi referida pela maioria das mulheres de 30 até 49 anos ($p = 0,004$).

Diferenças estatisticamente significativas foram observadas no número de gestações e número de filhos entre as mulheres das diferentes faixas etárias analisadas ($p < 0,001$). Cerca de um quarto das mulheres de 18 a 24 anos, nunca tiveram filhos. Dentre as mulheres de 45 a 49 anos, 42,4% tiveram 4 ou mais gestações e 31% tinham 4 ou mais filhos. A proporção de mulheres nas categorias do número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses foi diferente entre os grupos etários; ter tido três ou mais parceiros foi mais frequente entre as mulheres de 18 a 29 anos, ao passo que mais de 25% das mulheres de 40 a 49 anos não tiveram nenhum parceiro nos últimos 12 meses. Na amostra estudada, 31,6% das mulheres já tiveram 10 ou mais parceiros sexuais na vida. Não foi observada diferença significativa entre os grupos etários quanto ao número de parceiros sexuais na vida ($p = 0,129$).

O percentual de uso de medicação antirretroviral aumenta progressivamente conforme as faixas etárias, chegando a 86,7% entre mulheres de 45 a 49 anos ($p < 0,001$). O uso de drogas ilícitas durante a vida é mais frequente na faixa dos 18 aos 34 anos ($p < 0,001$). A prática de sexo por dinheiro foi mais frequente entre as mulheres mais jovens, de 18 a 29 anos ($p = 0,009$).

As características da primeira e última relação sexual de mulheres soropositivas para o HIV são apresentadas na Tabela 3. A idade mediana na primeira relação sexual difere entre os grupos etários ($p < 0,001$), sendo maior nas mulheres de 45 a 49 anos. A idade mediana do parceiro na primeira relação sexual não apresentou diferença entre os grupos ($p = 0,342$).

A ocorrência da primeira relação sexual com parceiro fixo foi mais frequente para as mulheres mais velhas ($p = 0,001$). Em contrapartida, são as mulheres mais jovens as que mais frequentemente tiveram a última relação sexual com um parceiro fixo ($p < 0,001$).

Na primeira relação sexual, 65,5% das mulheres não utilizaram nenhum método para evitar a gravidez. Diferenças significativas foram observadas entre os grupos etários

quanto à adoção de métodos para evitar a gravidez nesta relação ($p < 0,001$). Para a maioria das mulheres de 18 a 24 anos, o principal método usado para evitar a gravidez foi o preservativo; já a maioria das mulheres a partir dos 25 anos não utilizou nenhum método para evitar a gravidez nessa primeira relação.

O uso do preservativo na primeira relação sexual foi diferente entre os grupos ($p < 0,001$); entre as mulheres de 18 a 24 anos o uso foi declarado por 75,4%, em contraste com 9,2% das mulheres de 45 a 49 anos.

Em relação à ocorrência da última atividade sexual até a realização da entrevista, as mulheres de 40 a 49 anos apresentaram maiores medianas de tempo quando comparados às demais faixas etárias ($p < 0,001$).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos etários quanto à adoção de métodos para evitar a gravidez na última relação sexual, sendo que 26,9% da amostra não adotou nenhum método para evitar a gravidez. A esterilização cirúrgica como método para evitar a gravidez foi pouco frequente. O uso da camisinha na última relação sexual foi relatado por 62,7% da amostra e também não houve diferença entre os grupos. Tanto na primeira quanto na última relação sexual, em todas as faixas etárias, um expressivo número de mulheres que utilizou o preservativo não o identificou como principal método para evitar a gestação (Tabela 3).

A Figura 1 descreve o percentual de uso de preservativo na primeira relação sexual por faixas etárias, conforme categorias de diferença de idades entre parceiros. As mulheres mais jovens parecem aderir mais ao uso do preservativo, aumentando, também, à medida que a diferença de idade entre parceiros é menor. O percentual de uso de preservativo na primeira relação sexual varia de 70% a 90%, para as mulheres de 18 a 24 anos, e de 30% a 55% para as mulheres de 25 a 29 anos. Os demais grupos etários apresentaram baixos percentuais de uso, independente da diferença de idade entre parceiros. Para as mulheres acima de 34 anos, o percentual de uso de preservativo foi inferior a 20%, independentemente da diferença de idade entre parceiros.

A Figura 2 apresenta a análise de correspondência, entre o perfil dos grupos etários e as variáveis estudadas. As mulheres de 40 a 44 anos e de 45 a 49 anos apresentam características similares. O mesmo fenômeno pode ser observado para as mulheres de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos. A faixa etária mais jovem está associada ao uso de preservativo na primeira relação sexual e não ter gestações.

Discussão

Este estudo fornece evidências de que as mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos serviços públicos especializados no sul do Brasil apresentam um perfil socioeconômico e de comportamento sexual que não corresponde ao padrão tipicamente identificado no processo de feminização da epidemia, onde se destacam, particularmente, mulheres pobres, com baixa escolaridade e baixo número de parceiros sexuais. Nossos dados indicam que as mulheres com maior escolaridade, que possuem condições medianas de renda e moradia, também estão se infectando pelo HIV. Observa-se que, entre as mulheres atendidas nos serviços públicos, há um expressivo número de mulheres (34,6%) que apresenta 11 ou mais anos de escolaridade, apenas 13,4% vive com renda domiciliar inferior a um salário mínimo e 73% declarou residir em domicílio próprio. Caracterizando o perfil encontrado, foi observado, ainda, que mais de 70% das mulheres atendidas nos serviços públicos especializados estão recebendo tratamento antirretroviral, dado que sinaliza que muitas dessas mulheres podem já apresentar sintomas ou manifestações clínicas associadas à imunodeficiência relacionada ao HIV (22). Elevado índice de mulheres acompanhadas em serviços públicos em uso de terapia antirretroviral também foi encontrado em um estudo no estado de São Paulo, Brasil, com perfil similar de escolaridade e índice de emprego (14). Nesse sentido, os dados sugerem que aquelas mulheres soropositivas para o HIV que apresentam os piores indicadores sociodemográficos não estão sendo acompanhadas nos serviços de saúde. Os dados sobre mortalidade feminina relacionada à Aids no Brasil também vão nesta mesma direção ao evidenciar que justamente são aquelas mulheres com menor escolaridade as mais atingidas (23).

O fato de somente metade das mulheres vivendo com HIV/Aids por nós pesquisadas estar exercendo alguma atividade remunerada de trabalho, sendo a atividade mais frequente entre as mais jovens, pode ser tomado como indicativo de duas condições. A primeira é de que parte das entrevistadas já está com a doença e, portanto, se enquadra nos critérios para o recebimento de benefícios da previdência social no Brasil, como auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez (24). E a segunda é que o fato de serem portadoras do vírus da Aids se coloca como um obstáculo para a inserção ou reinserção no mercado de trabalho. Em relação ao trabalho, um estudo francês documentou que a discriminação relacionada ao HIV no trabalho atinge homens e mulheres de forma socialmente diferenciada, em que as mulheres apresentam maior risco de perda do emprego (25), o que pode, inclusive, impactar negativamente na reinserção no mercado de trabalho,

especialmente para as mulheres mais velhas.

Em relação aos relacionamentos afetivo-sexuais, a Aids parece não ter o mesmo impacto sobre as mulheres do que no trabalho. No universo investigado, mais de 70% da amostra encontrava-se engajada em um relacionamento afetivo. A comparação por faixa etária permitiu observar diferenças entre os padrões de relacionamentos afetivo-sexuais. Para quase 30% das mulheres mais velhas, o parceiro da última relação sexual era o ex-parceiro, o que pode indicar novos padrões de relacionamentos para essas mulheres; já para as mulheres mais jovens, predominantemente, o parceiro atual era o parceiro da última relação sexual.

Vários fatores de risco para a infecção por HIV em mulheres já foram identificados (26-28). Mais recentemente, uma revisão sistemática identificou como fatores de risco em mulheres na África Subsaariana ter história de múltiplos parceiros sexuais, praticar sexo pago e a presença de outras doenças sexualmente transmissíveis (29). A presença ou não desses fatores vão configurar os diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres frente à epidemia (30).

Alguns fatores que caracterizam a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV são bastante diferenciados quando consideramos a faixa etária das entrevistadas. São as mais jovens que declararam em maior proporção já ter feito uso de drogas durante a vida, da mesma forma que também são a maioria que afirmam já ter realizado sexo em troca de dinheiro.

Por outro lado, há fatores comuns entre as diferentes faixas etárias. Em relação à idade da iniciação sexual, observamos que as mulheres vivendo com HIV/Aids investigadas apresentam idade inferior às médias identificadas para as mesmas faixas etárias em outros inquéritos populacionais sobre sexualidade (17,19). Nesse sentido, pesquisas têm mostrado que a iniciação sexual precoce se enquadra dentro dos contextos de vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (26,31-33) e a eventos reprodutivos, como a ocorrência de gestações (32,34). Esse fenômeno tem sido atribuído às transformações ocorridas na sociedade, como o incremento da participação das mulheres no mercado de trabalho, e também na área da sexualidade, como a legalização do divórcio e a popularização dos métodos contraceptivos (35).

O número de parceiros sexuais na vida, em um contexto de relações de gênero assimétricas, com baixo poder de negociação do uso do preservativo (36) é outro fator que caracteriza a vulnerabilidade das mulheres vivendo com HIV/Aids. Embora a maioria das

mulheres entrevistadas relatou somente um parceiro nos últimos 12 meses, 31,6% da amostra declarou ter tido 10 ou mais parceiros sexuais na vida até o momento da entrevista. Esse número é bastante superior a outros estudos brasileiros conduzidos com a população em geral (10%) (19) e com mulheres vivendo com HIV/Aids (19%) (14). Há evidências de que o número de parceiros sexuais na vida aumenta conforme a idade e consequente tempo de exposição sexual (37,38), e que o aumento do número de parceiros está associado à iniciação sexual precoce (33). Na amostra estudada, o número de parceiros sexuais não pode ser explicado pelo tempo de exposição sexual, pois ter tido 10 ou mais parceiros sexuais na vida foi relatado por aproximadamente 30% em todos os grupos etários e não houve diferenças significativas entre os grupos.

Apesar dos avanços nas campanhas de prevenção da Aids no Brasil, em 2006, um inquérito nacional apontou diferenças entre o comportamento sexual e uso do preservativo entre homens e mulheres e diferenças no comportamento feminino conforme as faixas etárias. Os percentuais de uso do preservativo na primeira e última relação sexual apresentaram grandes diferenças, com maiores percentuais de uso entre os homens; e embora tenha ocorrido aumento nos últimos anos no uso de preservativo na primeira relação sexual, especialmente entre as mulheres mais jovens, a pesquisa demonstrou que esse comportamento não se mantém ao longo da vida sexual, pois o percentual de uso de preservativo na última relação sexual foi baixo, particularmente à medida que aumentou a idade e diminuiu a escolaridade da mulher (17).

Nós encontramos um elevado número de mulheres que relatou o uso do preservativo tanto na primeira quanto na última relação sexual. Apesar disso, embora o uso do preservativo na primeira relação sexual encontrado entre as mulheres vivendo com HIV/Aids, especialmente as mais jovens, seja maior que o declarado nos inquéritos nacionais (17,19), essa não é uma prática que se mantém ao longo da vida sexual das mulheres, já que a forma predominante de infecção é através do contato heterossexual (39).

O percentual de mulheres vivendo com HIV/Aids que relatou o uso de preservativo na última relação sexual (67,2%) foi muito superior ao encontrado no inquérito nacional brasileiro (17), percentual que se manteve estável para todas as faixas etárias. Nesse sentido, associações positivas têm sido documentadas entre uso de preservativo por mulheres soropositivas, com nível crescente de educação e com múltiplos parceiros (40). Entretanto, pode-se questionar se a maior declaração de uso do preservativo por parte das

mulheres vivendo com HIV/Aids não reflete, apenas, sua maior exposição a este discurso, não evidenciando o comportamento adotado.

Embora alguns estudos documentem que as mulheres estão mais propensas ao uso do preservativo para a prevenção da gestação do que de DST (41,42), nós observamos um expressivo número de mulheres que relatou uso do preservativo tanto na primeira quanto na última relação sexual, mas não o identificou como principal método utilizado para evitar a gestação. Esses dados corroboram com uma pesquisa desenvolvida na África, em que, pela maioria dos jovens, o uso do preservativo nem sempre é identificado como método para evitar a gravidez, mas quase 100% o identificam como método para evitar DST (43). Esse comportamento reflete as estratégias de prevenção utilizadas nos serviços de saúde, que enfatizam o uso do preservativo masculino como método específico de proteção contra infecções, dissociando, dessa forma, reprodução e sexualidade (44).

Estudos indicam que o uso do preservativo está diretamente associado às questões de gênero (45-48), encontrando-se as mulheres em uma posição de maior vulnerabilidade nesta negociação. As desigualdades de gênero se apresentam de forma diversa para as mulheres vivendo com HIV/Aids segundo a faixa etária. Para as mulheres mais velhas, a negociação para o uso do preservativo é quase impensável, no contexto da relação sexual. Já para as mulheres mais jovens, a dificuldade no uso de preservativos tem sido associada à percepção de risco (49,50), a questões culturais (51) e dificuldade de negociação do uso de preservativo com parceiros mais velhos (34,52-56), sendo que quanto menor a diferença de idade, maior a adesão ao uso. E embora haja indícios de que mulheres com homens mais velhos estejam menos propensas ao uso de métodos contraceptivos, há necessidade de estudos adicionais sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas relações (31). Nesse sentido, pesquisas qualitativas poderão auxiliar na compreensão das relações estabelecidas e nas questões de desigualdades de gênero frente à diferença de idade entre parceiros.

Existem poucos estudos que analisam comparativamente o perfil de mulheres vivendo com HIV/Aids por faixas etárias, e esta comparação demonstrou aspectos relevantes quanto ao comportamento sexual, entretanto, nosso estudo apresenta algumas limitações relacionadas com a própria metodologia. Nós entrevistamos mulheres atendidas em serviços de saúde. Durante a seleção, mulheres que não compareceram às consultas foram substituídas pelo processo subsequente de aleatorização da amostra. Nossa amostra foi obtida nos serviços públicos de saúde especializados no atendimento de mulheres

vivendo com HIV/Aids. Pelas questões éticas que envolvem o tema em investigação, nós não incluímos mulheres que não tivessem sendo atendidas em serviços de saúde, pois a busca destas faltantes fora do serviço implicaria na revelação do conhecimento de seu *status* sorológico e na condução de entrevista em domicílio. Talvez as mulheres faltantes aos serviços sejam aquelas mais pobres, com menor escolaridade e maior mortalidade associada à Aids, o que implicaria em necessidades diferenciadas de atenção em saúde. A busca dessas mulheres e o conhecimento do seu perfil de saúde-doença é uma necessidade que se impõe ao sistema de saúde brasileiro.

Conclusões/Considerações Finais

Neste trabalho, observamos características de comportamento de sexual e reprodutivo que variam conforme as faixas etárias, o que certamente implica em demandas diferenciadas de atenção nos serviços de saúde. Mulheres mais velhas apresentam maiores números de gestações e filhos e maior frequência de relações sexuais com ex-parceiros. Entre as mais jovens observa-se menor número de gestações e filhos, maior frequência de uso de drogas ilícitas e prática de sexo por dinheiro, e maior percentual de uso do preservativo na primeira relação sexual. O fato de termos pesquisado somente mulheres vivendo com HIV/Aids, em um contexto em que a transmissão do vírus é predominantemente através de contato heterossexual, demonstra que esse comportamento de uso de preservativo não se mantém ao longo da vida sexual, o que implica em novos estudos para compreender a trajetória destas mulheres.

Além disso, encontramos percentuais de números de parceiros sexuais na vida similares entre os grupos etários. Nesse sentido, nossos dados evidenciam que o comportamento sexual das mulheres (independente do HIV), cada vez mais, é decorrente das transformações ocorridas na área da sexualidade, em que a vida sexual não está mais relacionada somente com a procriação e fecundidade e as experiências entre homens e mulheres se aproximam, ainda que algumas desigualdades de gênero permeiem as relações.

Referências

1. UNAIDS Data Tables 2011. Acesso em: 05 jan. 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2225_UNAIDS_datatables_en.pdf

2. UNAIDS. Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Report 2011. WHO/UNAIDS/UNICEF. Acesso em: 05 jan. 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf
3. Wingood GM. Feminization of the HIV epidemic in the United States: major research findings and future research needs. *J Urban Health*. 2003;80(4 Supl 3):S67-77.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Resumo analítico dos dados do Boletim Epidemiológico 2011. Brasília: 2011. Acesso em: 26 jan. 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumo_analitico_dos_dados_do_boletim_epidemiol_92824.pdf
5. Possas C, Buchalla CM, Hearst N. Building AIDS Research Capacity in Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57 Suppl 3:125-8.
6. Galvão, J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
7. BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, Departamento de DST e Aids. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST, Versão Revisada. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Casos de aids identificados no Rio Grande do Sul. Acesso em: 13 dez. 2011. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/rs.def>
9. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Plano estadual de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST no Rio Grande do Sul. Acesso em: 17 nov. 2011. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=rio-grande-do-sul>
10. UNAIDS. Global plan towards the elimination of new hiv infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. 2011. Acesso em: 05 jan. 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf
11. UNFPA. Saúde sexual e Saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e AIDS: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. Nova York: EngenderHealth e Brasília: Unfpa, 2008.
12. Feldman R, Maposhere C. Safer sex and reproductive choice: findings from “positive women: voices and choices” in Zimbabwe. *Reprod Health Matters*. 2003;11(22):162-73.
13. Gogna ML, Pecheny MM, Ibarlucía I, Manzelli H, López SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users’ and providers’ perspectives. *Soc Sci Med*. 2009;69(6):813-20.

14. Paiva V, Santos N, França-Junior I, Filipe E, Ayres JR, Segurado A. Desire to have children: gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care and STDs*. 2007;21(4):268-77.
15. Marcellin F, Protopopescu C, Abé C, Boyer S, Blanche J, Ongolo-Zogo, et al. Desire for a child among HIV-infected women receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the national survey EVAL (ANRS 12-116). *Aids Care*. 2010;22(4):441-51.
16. Fiore S, Heard I, Thorne C, Savasi V, Coll O, Malyuta R, et al. Reproductive experience of HIV-infected women living in Europe. *Hum Reprod*. 2008;23(9):2140-4.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
18. Berquó E, Barbosa R, Pereira de Lima L, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev Saúde Pública*. 2008;42 Supl 1:34-44.
19. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade. Acesso em: 07 jan. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008>
20. Santos NLS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 Supl 2:321-33.
21. Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Escalonamento multidimensional e análise de correspondência. In: *Análise multivariada de dados*. 6. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009, p.482-535.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. 7. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
23. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Mortalidade – Brasil por Grupo CID 10: Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], sexo feminino, no período de 1996 a 2009. Acesso em: 07 jan. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
24. BRASIL, Ministério da Previdência Social. Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica em HIV/Aids. Acesso em: 07 jan. 2012. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/4_110831-181722-268.pdf
25. Dray-Spira R, Gueguen A, Lert F and the VESPA Study Group. Disease severity, self-reported experience of workplace discrimination and employment loss during the course of

chronic HIV disease: differences according to gender and education. *Occup Environ Med.* 2008;65(2):112-9.

26. Pettifor AE, Van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS.* 2004;18(10):1435-42.

27. Laga M, Manoka A, Kivuvu M, Malele B, Tuliza M, Nzila N, et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases risk factors for HIV-I transmission in women: results from a cohort study. *AIDS.* 1993;7: 95-102.

28. De Vicenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus by heterosexual partners. *N Engl J Med.* 1994;331:341-6.

29. Chen L, Jha P, Stirling B, Sgaier SK, Daid T, Kaul R, et al. Sexual risk factors for HIV infection in early and advance HIV epidemics in Sub-Saharan Africa: systematic overview of 68 epidemiological studies. *Plos One.* 2007;2(10):e1001. Acesso em: 07 fev 2012. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0001001>

30. Ayres JR, França Jr I, Calazans G, Filho HS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder.* São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

31. Gómez AM, Speizer IS, Reynolds H, Murray N, Beauvais H. Age differences at sexual debut and subsequent reproductive health: Is there a link? *Reprod Health.* 2008; 5:8. Acesso em: 22 fev 2012. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/5/1/8>

32. Rector RE, Johnson KA, Noyes LR, Martin S. The harmful effects of early sexual activity and multiple sexual partners among women: a book of charts. Washington: The Heritage Foundation, 2002.

33. Wand H, Ramjee G. The relationship between age of coital debut and HIV seroprevalence among women in Durban, South Africa: a cohort study. *BMJ Open.* 2012;2. Acesso em: 25 fev 2012. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000285.full.pdf+html>

34. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth DR, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19 Supl 2:377-88.

35. Bozon, M. *Sociologia da sexualidade.* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

36. Barbosa RM. *Negociação sexual e sexo negociado, sexualidade e gênero em tempos de Aids [Tese de Doutorado].* Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

37. Gregson S, Todd J, Zaba B. Sexual behaviour change in countries with generalised HIV epidemics? Evidence from population-based cohort studies in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Infect.* 2009;85 Suppl 1:72-80.

38. Mishra V, Hong R, Assche SBV, Barrere B (USAID). The Role of Partner Reduction and Faithfulness in HIV Prevention in Sub-Saharan Africa: Evidence from Cameroon, Rwanda, Uganda, and Zimbabwe. Demographic and Health Research. DHS Working Papers. Calverton, Maryland: Macro International Inc., 2009.
39. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST 2011. Versão Preliminar de 28 de novembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 27 jan. 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011
40. Kapiga SH, Lwihula GK, Shao JF, Hunter DJ. Predictors of AIDS knowledge, condom use and high-risk sexual behaviour among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Int J STD AIDS*. 1995;6(3):175-83.
41. Cooper ML, Agocha VB, Powers AM. Motivations for condom use: Do pregnancy prevention goals undermine disease prevention among heterosexual young adults? *Health Psychol*. 1999;18(5):464-74.
42. Bull SS, Shlay JC. Promoting "Dual Protection" From Pregnancy and Sexually Transmitted Disease: A Social Ecological Approach. *Health Promot Pract*. 2005;6:72-80.
43. Maharaj P. Reasons for Condom Use Among Young People In KwaZulu-Natal: Prevention of HIV, Pregnancy or Both? *Int Fam Plan Perspect*. 2006;32(1):28–34.
44. Askew I, Berer M. The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight against HIV/AIDS: A Review. *Reprod Health Matters*. 2003;11(22):51-73.
45. Pettifor AE, Measham DM, Rees HV, Padian NS. Sexual power and HIV risk, South Africa. *Emerg Infect Dis*. 2004. Acesso em: 28 jan. 2012. Disponível em: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/11/04-0252.htm>
46. Kim J, Pronyk P, Barnett T, Watts C. Exploring the role of economic empowerment in HIV prevention. *AIDS*. 2008;22 Suppl 4:S57-S71.
47. Jewkes RK, Levin JB, Penn-Kekana LA. Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: findings of a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2003;56:125-34.
48. Mumtaz Z, slaymaker E, salway S. Condom use in uganda and zimbabwe: exploring the influence of gendered access to resources and couple-level dynamics. In: Kishor S. A focus on gender: collected papers using DHS data. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro, 2005.
49. Reisen CA, Poppen PJ. Partner-specific risk perception: a new conceptualization of perceived vulnerability to STDs. *J Appl Soc psycho*. 1999;29(4):667-84.
50. Meekers D, Klein M. Determinants of condom use among young people in urban Cameroon. *Stud Fam Plan*. 2002;33(4):335-46.

51. Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, Mason PR, Zhuwau T, Caraël M, et al. Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*. 2002;359:1896–903.
52. Nkosana J, Rosenthal D. The dynamics of intergenerational sexual relationships: the experience of schoolgirls in Botswana. *Sex Health*. 2007;4(3):181-7.
53. Leclerc-Madlala S. Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability. *AIDS*. 2008;22 Suppl 4:S17-25.
54. Nobelius AM, Kalina B, Pool R, Whitworth J, Chesters J, Power R. Sexual partner types and related sexual health risk among out-of-school adolescents in rural south-west Uganda. *AIDS Care*. 2011;23(2):252-9.
55. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*. 2004;363(9419):1415-21.
56. Longfield K, Glick A, Waithaka M, Berman J. Relationships between Older Men and Younger Women: Implications for STIs/HIV in Kenya. *Stud Fam Plann*. 2004;35(2):125-34.

Tabela 1: Características sociodemográficas e econômicas de mulheres vivendo com HIV/Aids, conforme faixas etárias.

Variável	Faixa etária							P*
	Total n (%)**	18-24 n (%)**	25-29 n (%)**	30-34 n (%)**	35-39 n (%)**	40-44 n (%)**	45-49 n (%)**	
Raça /etnia (autodeclarada)								
Branca	409 (59,2%)	26 (44,1%)	47 (56,6%)	87 (57,6%)	99(61,9%)	82(59,4%)	68 (68%)	0,085
Não branca	282 (40,8%)	33 (55,9%)	36 (43,4%)	64 (42,4%)	61 (38,1%)	56 (40,6%)	32 (32%)	
Frequenta religião								
Não	298 (43,1%)	36 (61%)	42 (50,6%)	70 (46,4%)	70 (43,8%)	48 (34,8%)	32 (32%)	0,013
Sim, às vezes	225 (32,6%)	13 (22%)	27 (32,5%)	48 (31,8%)	45 (28,1%)	53 (38,4%)	39 (39%)	
Sim, sempre	168 (24,3%)	10 (16,9%)	14 (16,9%)	33 (21,9%)	45 (28,1%)	37 (26,8%)	29 (29%)	
Escolaridade								
≤ 7 anos	280 (40,6%)	22 (37,3%)	27 (32,5%)	59 (39,3%)	66 (41,2%)	69 (50%)	37 (37%)	0,131
Entre 8 e 10 anos	174 (25,2%)	22 (37,3%)	25 (30,1%)	41 (27,3%)	35 (21,9%)	26 (18,8%)	25 (25%)	
≥ 11anos	236 (34,2%)	15 (25,4%)	31 (37,3%)	50 (33,3%)	59 (36,9%)	43 (31,2%)	38 (38%)	
Renda domiciliar (em salários mínimos)								
0 até 0,99	88 (13,4%)	9 (16,4%)	10 (12,3%)	19 (13%)	19 (12,6%)	19 (15,1%)	12 (12,2%)	0,301
1 até 1,99	261(39,7%)	16 (29,1%)	35 (43,2%)	65 (44,5%)	57 (37,7%)	54 (42,9%)	34 (34,7%)	
2 até 3,99	214 (32,6%)	22 (40%)	23 (28,4%)	47 (32,2%)	58 (38,4%)	35 (27,8%)	29 (29,6%)	
4 ou + salários	94 (14,3%)	8 (14,5%)	13 (16%)	15 (10,3%)	17 (11,3%)	18 (14,3%)	23 (23,5%)	
Trabalha atualmente	373 (54,1%)	25(42,4%)	53 (63,9%)	77 (51,3%)	101 (63,1%)	78 (56,5%)	39 (39%)	0,001
Reside em domicílio próprio	497 (73%)	40 (67,8%)	58 (69,9%)	103 (70,5%)	112 (71,3%)	106 (76,8%)	78 (79,6%)	0,408
Escolaridade da mãe								
≤ 7 anos	329 (68,5%)	30 (68,2%)	48 (68,6%)	75 (65,8%)	75 (66,4%)	63 (73,3%)	38 (71,7%)	0,841
Entre 8 e 10 anos	70 (14,6%)	9 (20,5%)	9 (12,9%)	16 (14%)	16 (14,2%)	11 (12,8%)	9 (17%)	
≥ 11anos	81 (16,9%)	5 (11,4%)	13 (18,6%)	23 (20,2%)	22 (19,5%)	12 (14%)	6 (11,3%)	
Tem relacionamento atual	466 (71,1%)	48 (87,3%)	64 (82,1%)	115 (79,3%)	108 (71,5%)	76 (57,6%)	55 (58,5%)	<0,001
Total	691	59 (8,5%)	83 (12%)	151 (21,9%)	160 (23,1%)	138 (20%)	100 (14,5%)	

*Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística qui-quadrado de Pearson.

** Números totais podem diferir para cada variável pela possibilidade de não resposta.

† Anos não repetidos de escola.

Tabela 2: Trajetória reprodutiva e características de saúde de mulheres vivendo com HIV/Aids, conforme faixas etárias.

Variável	Faixa etária							p*
	Total	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Número de casamentos (uniões)								
0	44 (6,4%)	9 (15,3%)	5 (6%)	8 (5,3%)	11 (6,9%)	5 (3,6%)	6 (6%)	0,004
1	248 (35,9%)	32 (54,2%)	37 (44,6%)	56 (37,1%)	50 (31,2%)	45 (32,6%)	28 (28%)	
2	267 (38,6%)	12 (20,3%)	30 (36,1%)	60 (39,7%)	62 (38,8%)	61 (44,2%)	42 (42%)	
3 ou +	132 (19,1%)	6 (10,2%)	11 (13,3%)	27 (17,9%)	37 (23,1%)	27 (19,6%)	24 (24%)	
Número de gestações								
0	52 (7,6%)	9 (15,3%)	6 (7,2%)	12 (7,9%)	12 (7,6%)	8 (5,8%)	5 (5,1%)	<0,001
1	144 (20,9%)	26 (44,1%)	22 (26,5%)	32 (21,2%)	22 (13,9%)	25 (18,1%)	17 (17,2%)	
2	151 (21,9%)	15 (25,4%)	26 (31,3%)	35 (23,2%)	31 (19,6%)	30 (21,7%)	14 (14,1%)	
3	133 (19,3%)	6 (10,2%)	19 (22,9%)	28 (18,5%)	37 (23,4%)	21 (15,9%)	21 (21,2%)	
4 ou +	208 (30,2%)	3 (5,1%)	10 (12%)	44 (29,1%)	56 (35,4%)	53 (38,4%)	42 (42,4%)	
Número de filhos								
0	83 (12%)	15 (25,4%)	10 (12%)	14 (9,3%)	20 (12,5%)	11 (8%)	13 (13%)	<0,001
1	187 (27,1%)	27 (45,8%)	33 (39,8%)	47 (31,1%)	29 (18,1%)	32 (23,2%)	19 (19%)	
2	162 (23,4%)	14 (23,7%)	24 (28,9%)	41 (27,2%)	41 (25,6%)	26 (18,8%)	16 (16%)	
3	124 (17,9%)	3 (5,1%)	11 (13,3%)	26 (17,2%)	35 (21,9%)	28 (20,3%)	21 (21%)	
4 ou +	135 (19,5%)	0 (0%)	5 (6%)	23 (15,2%)	35 (21,9%)	41 (29,7%)	31 (31%)	
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses								
0	105 (15,4%)	2 (3,4%)	5 (6%)	12 (8,1%)	26 (16,5%)	36 (26,5%)	24 (24,7%)	<0,001
1	501 (73,6)	47 (81%)	65 (78,3%)	124 (83,2%)	116 (73,4%)	84 (61,8%)	65 (67%)	
2	53 (7,8%)	4 (6,9%)	7 (8,4%)	11 (7,4%)	12 (7,6%)	14 (10,3%)	5 (5,2%)	
3 ou +	22 (3,2%)	5 (8,6%)	6 (7,2%)	2 (1,3%)	4 (2,5%)	2 (1,5%)	3 (3,1%)	
Número de parceiros sexuais na vida								
1 a 4	290 (42,1%)	21 (35,6%)	32 (38,6%)	64 (42,7%)	66 (41,5%)	65 (47,1%)	42 (42%)	0,129
5 a 9	181 (26,3%)	21 (35,6%)	19 (22,9%)	32 (21,3%)	38 (23,9%)	44 (31,9%)	27 (27%)	
10 ou +	218 (31,6%)	17 (28,8%)	32 (38,6%)	54 (36%)	55 (34,6%)	29 (21%)	31 (31%)	
Usa medicação antirretroviral	489 (71,6%)	29 (49,2%)	50 (60,2%)	100 (66,7%)	117 (74,5%)	108 (79,4%)	85 (86,7%)	<0,001
Uso de drogas ilícitas alguma vez durante a vida	203 (29,8%)	24 (40,7%)	31 (38,3%)	59 (39,3%)	35 (22,3%)	26 (19%)	28 (28,6%)	<0,001
Uso atual de drogas ilícitas	19 (9,4%)	1 (4,2%)	7 (22,6%)	6 (10,2%)	2 (5,7%)	1 (3,8%)	2 (7,1%)	0,116
Prática de sexo em troca de dinheiro	76 (11,2%)	9 (15,3%)	16 (19,8%)	20 (13,4%)	18 (11,5%)	8 (5,9%)	5 (5,1%)	0,009
Total	691	59 (8,5%)	83 (12,0%)	151 (21,9%)	160 (23,1%)	138 (20,0%)	100 (14,5%)	

*Valor p associado ao teste de independência baseado na estatística qui-quadrado de Pearson.

** Números totais podem diferir para cada variável pela possibilidade de não resposta.

Tabela 3: Características da primeira e última relação sexual de mulheres vivendo com HIV/Aids, conforme faixas etárias.

Variável	Faixa etária							P
	Total n (%)**	18-24 n(%)**	25-29 n (%)**	30-34 n (%)**	35-39 n (%)**	40-44 n (%)**	45-49 n (%)**	
PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL								
Idade***	691 (100%)	15 (2)	15 (3)	15 (3)	16 (3)	16 (3)	17 (3)	<0,001*
Idade do parceiro***	643 (100%)	19 (6)	19,5 (6)	19 (6)	20 (6)	20 (5)	20 (5)	0,342*
Tipo de parceiro								
Fixo/estável	535 (77,6%)	39 (66,1%)	55 (66,3%)	110 (73,3%)	135 (84,4%)	116 (84,7%)	80 (80%)	0,001 [†]
Eventual	154 (22,4%)	20 (33,9%)	28 (33,7%)	40 (26,7%)	25 (15,6%)	21 (15,3%)	20 (20%)	
Principal método usado para evitar gravidez								
Nenhum método	440 (65,5%)	16 (28,1%)	48 (58,5%)	99 (66,9%)	100 (65,4%)	101 (75,4%)	76 (77,6%)	<0,001 [†]
Preservativo	134 (19,9%)	37 (64,9%)	25 (30,5%)	34 (23%)	18 (11,8%)	11 (8,2%)	9 (9,2%)	
Pílula	79 (11,8%)	2 (3,5%)	7 (8,5%)	11 (7,4%)	30 (19,6%)	16 (11,9%)	13 (13,3%)	
Mais de um método	14 (2,1%)	2 (3,5%)	2 (2,4%)	3 (2%)	3 (2%)	4 (3%)	0 (0%)	
Métodos tradicionais	5 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	2 (1,3%)	2 (1,5%)	0 (0%)	
Usaram preservativo	171 (25,5%)	43 (75,4%)	31 (37,8%)	42 (29%)	26 (16,8%)	20 (14,9%)	9 (9,2%)	<0,001 [†]
ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL								
Há quanto tempo ocorreu a última relação sexual***	688 (100%)	7 (28)	5,5 (22)	7 (28)	7 (87)	21 (626)	15 (361)	<0,001*
Quem era o parceiro?								
Atual	470 (69,2%)	50 (84,7%)	66 (81,5%)	116 (78,4%)	104 (66,7%)	76 (55,5%)	58 (59,2%)	<0,001 [†]
Ex-parceiro	139 (20,5%)	6 (10,2%)	11 (13,6%)	19 (12,8%)	36 (23,1%)	41 (29,9%)	26 (26,5%)	
Eventual	70 (10,3%)	3 (5,1%)	4 (4,9%)	13 (8,8%)	16 (10,3%)	20 (14,6%)	14 (14,3%)	
Principal método usado para evitar gravidez								
Nenhum método	175 (26,9%)	18 (31,6%)	20 (26,7%)	38 (27%)	31 (20,7%)	39 (29,1%)	29 (30,9%)	0,060 [†]
Preservativo	343 (52,7%)	25 (43,9%)	38 (50,7%)	73 (51,8%)	76 (50,7%)	79 (59%)	52 (55,3%)	
Pílula	41 (6,3%)	4 (7%)	1 (1,3%)	11 (7,8%)	13 (8,7%)	8 (6%)	4 (4,3%)	
Mais de um método	58 (8,9%)	7 (12,3%)	12 (16%)	14 (9,9%)	17 (11,3%)	5 (3,7%)	3 (3,2%)	
Esterilização	12 (1,8%)	0 (0%)	1 (1,3%)	1 (0,7%)	5 (3,3%)	1 (0,7%)	4 (4,3%)	
Outros	22 (3,4%)	3 (5,3%)	3 (4%)	4 (2,8%)	8 (5,3%)	2 (1,5%)	2 (2,1%)	
Usaram preservativo	450 (67,2%)	36 (62,1%)	55 (69,6%)	97 (66,4%)	105 (67,7%)	94 (69,1%)	63 (65,9%)	0,935 [†]
Total	691	59 (8,5%)	83 (12,0%)	151 (21,9%)	160(23,1%)	138 (20,0%)	100 (14,5%)	

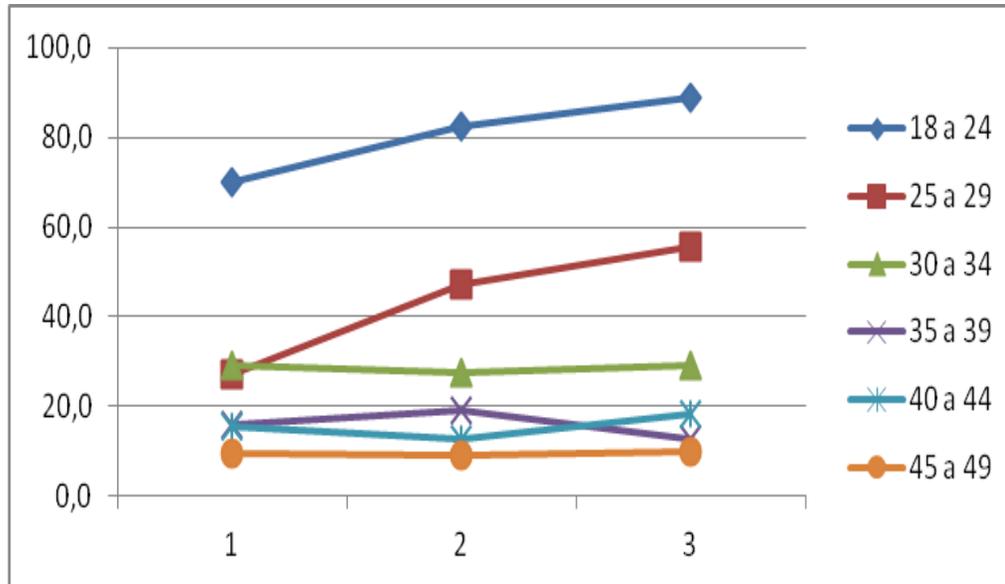
*Valor p associado ao teste de Kruskal-Wallis.

[†] Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

** Números totais podem diferir para cada variável pela possibilidade de não resposta.

***Dados apresentados em mediana (amplitude interquartilica).

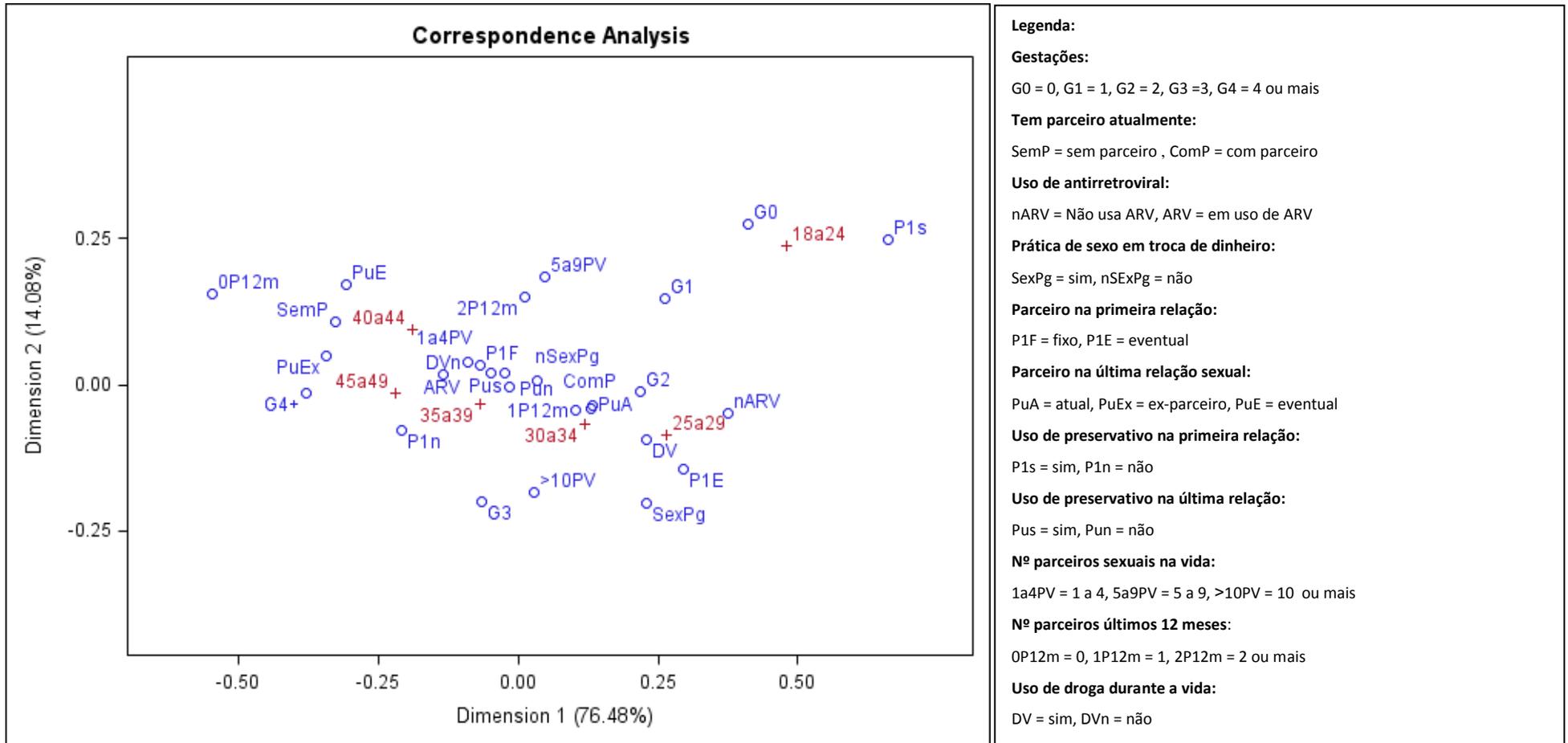
Figura 1: Percentual de uso de preservativo na primeira relação sexual, por faixas etárias e diferença de idade em relação ao parceiro.



Legenda:

- 1 – Parceiro com idade \geq 6 anos do que a idade da mulher.
- 2 – Parceiro com idade entre 2 a 5 anos a mais do que a idade da mulher.
- 3 – Parceiros com diferença de 1 ano de idade ou mulher com idade superior à do parceiro.

Figura 2: Análise de correspondência.



7. ARTIGO 2

Ocorrência de gestações após a soropositividade para o HIV e fatores associados em mulheres no sul do Brasil.

Revista Pretendida: Human Reproduction

Autores:

Luciana Barcellos Teixeira – Enfermeira. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Flávia Bulegon Pilecco – Biomédica. Mestre em Epidemiologia. Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Álvaro Vigo – Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Daniela Riva Knauth – Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Etnologia e Antropologia Social pela *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Apoio: Grupo Hospitalar Conceição.

Resumo

Introdução: A redução do risco de transmissão vertical do HIV, obtida através do protocolo ACTG 076, representou um dos mais importantes avanços em termos do controle da epidemia do HIV/Aids. Assim, a expansão do acesso à terapia antirretroviral configura um novo cenário, para que as mulheres vivendo com HIV/Aids possam exercer direitos reprodutivos como a maternidade, entretanto, os fatores associados à ocorrência de gestações após o diagnóstico de HIV ainda são pouco investigados.

Objetivo: O presente artigo se propõe a investigar os fatores associados à ocorrência de gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV e compreender os contextos de vulnerabilidade nos quais estas gestações ocorrem, em mulheres vivendo com HIV/Aids, no sul do Brasil.

Métodos: Os dados analisados são resultantes de uma pesquisa transversal, realizada com mulheres em idade reprodutiva, com diagnóstico de HIV, que buscaram atendimento em serviços especializados em HIV/Aids na cidade de Porto Alegre. A amostra de análise foi composta por 681 mulheres. Fatores associados com a ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV foram investigados pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Resultados: Da amostra estudada, 240 mulheres (35,2%) apresentaram gestações após o diagnóstico de HIV. Na análise multivariável as variáveis que mostraram associação com o desfecho foram: faixa etária, uso do preservativo⁴ após diagnóstico, desejo de fazer laqueadura, sofrer violência, número de filhos, idade do diagnóstico de infecção pelo HIV e não ter gestação anterior ao diagnóstico.

Conclusões: Embora a gestação possa sinalizar a importância da maternidade para o grupo estudado, os fatores associados à ocorrência de gestações após o diagnóstico não indicam, necessariamente, o exercício de um direito reprodutivo, por parte das mulheres vivendo com HIV/Aids, visto que, estas gestações têm se dado em contextos de vulnerabilidade individual, social e programática. A gravidez pode, nesse sentido, expressar o precário acesso das mulheres aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a ausência de um planejamento familiar adequado. Pode, ainda, ser uma estratégia de inserção social e uma forma de lidar com o preconceito, ainda bastante disseminado, trazido pela Aids.

⁴ Neste estudo, “preservativo” refere-se ao preservativo masculino.

Introdução

A redução do risco de transmissão vertical do HIV obtida com a implantação do protocolo ACTG 076 (1-3) representou um dos mais importantes avanços em termos do controle da epidemia do HIV/Aids. Com o aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV, que, em algumas regiões do mundo, ultrapassava 50% do número de casos, estando a maioria delas em idade reprodutiva (4), a ampliação do acesso à terapia antirretroviral para as gestantes se constitui em uma estratégia fundamental para o controle da epidemia. Essa estratégia conta com o apoio da comunidade internacional, por meio do Plano Global para a eliminação de novas infecções pelo HIV entre as crianças até 2015 (5).

No Brasil, o governo incentiva a testagem anti-HIV durante a gestação ou o momento do parto, quando a gestante não teve acesso ao pré-natal adequado, e disponibiliza, desde 1996, o protocolo de profilaxia da transmissão vertical para as gestantes HIV positivas no pré-natal, parto e assistência pediátrica da criança até os 18 meses de vida (6). Esses procedimentos tiveram impacto sobre o número de crianças infectadas e, ao mesmo tempo, ampliaram a discussões sobre os direitos reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/Aids.

Nos últimos anos, diversos estudos procuraram avaliar o impacto do diagnóstico da infecção pelo HIV sobre as decisões reprodutivas das mulheres (7-11). Ainda que a soropositividade para o HIV possa exercer impacto sobre as escolhas reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids, os avanços obtidos com a profilaxia de prevenção da transmissão vertical também podem influenciar a tomada de decisão nesse sentido. Além disso, alguns estudos relatam que a condição sorológica parece não interferir no desejo de ser mãe (12,13).

Em 1998, um estudo comparou mulheres com e sem diagnóstico de infecção pelo HIV nos Estados Unidos, com relação às suas escolhas reprodutivas, e constatou que as mulheres com diagnóstico tiveram quedas nas taxas de fertilidade e elevação nas taxas de esterilização, quando comparadas às mulheres sem diagnóstico de infecção pelo HIV (14). Corroborando com esse achado, em 2003, um estudo brasileiro observou que as taxas de esterilização em mulheres soropositivas eram maiores se comparadas às da população feminina em geral (15).

Mulheres que se descobrem soropositivas para o HIV em idade reprodutiva são

confrontadas com a difícil decisão de ter ou não filhos. Essa decisão é ainda mais difícil nas sociedades em que a valorização das mulheres encontra-se vinculada à maternidade (16). Estudos em diferentes contextos demonstraram que as decisões reprodutivas das mulheres são fortemente influenciadas pelo significado culturalmente conferido à maternidade (17-19), podendo o desejo de maternidade preponderar ao fato de as mulheres serem soropositivas para o HIV.

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/Aids precisa ser vista em uma perspectiva mais global. Mulheres com diagnóstico de HIV/Aids têm necessidades, em termos de saúde sexual e reprodutiva, em comum com mulheres não infectadas e algumas necessidades e preocupações específicas relacionadas ao vírus (20). A maioria das políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva não consideram as especificidades das mulheres vivendo com HIV/Aids relacionadas com a soropositividade. Assim, a maioria das ações de saúde permanece focada na prevenção da transmissão vertical, através do acesso a terapia antirretroviral para as gestantes e durante o parto, sem uma política adequada de planejamento reprodutivo e uma avaliação mais singular, que permita avaliar fatores relacionados com a ocorrência de gestações e condições de vulnerabilidade (6). As práticas em saúde permanecem influenciadas pelo modelo biomédico em que pouca atenção é dada aos determinantes que estão além do nível individual. Entendendo que as decisões reprodutivas são influenciadas tanto por determinantes sociais quanto culturais, este estudo se propõe a investigar fatores associados à ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV em mulheres no sul do Brasil.

Métodos

Os dados analisados são resultantes de uma pesquisa transversal, realizada com mulheres em idade reprodutiva, de 18 a 49 anos, que buscaram atendimento em serviços de saúde, entre janeiro a novembro de 2011. Cabe destacar que se trata de um contexto onde as mulheres representam 46% do total de casos notificados de Aids (21) e que uma parcela considerável de diagnósticos na população feminina se dá durante o período gestacional (6).

As mulheres foram divididas em dois grupos: mulheres com diagnóstico conhecido de infecção pelo HIV e mulheres sem diagnóstico conhecido de soropositividade para o HIV. O cálculo amostral levou em consideração a comparação dos dois grupos em relação ao aborto — por ser o desfecho principal na temática estudada. Considerando a estimativa

preliminar da proporção de aborto em mulheres na população em geral igual a 12,4%, para um poder de 80% e nível de significância bilateral de 5%, são necessárias 384 mulheres em cada grupo para detectar um risco relativo de ocorrência de aborto igual ou superior a 1,6. Com a correção do efeito do delineamento por amostragem complexa (deff) igual a 1,6, o tamanho de total foi estimado em 1230 mulheres, respectivamente, 615 mulheres em cada grupo.

Mulheres que declararam que nunca haviam tido relações sexuais e mulheres que declararam ter tido relações sexuais somente com mulheres não foram incluídas no estudo, uma vez que um dos propósitos da pesquisa foi investigar especificidades das mulheres expostas à transmissão heterossexual do HIV.

No presente artigo, serão analisados, exclusivamente, os dados do grupo de mulheres soropositivas para o HIV. Para esse grupo, foram abordadas 756 mulheres para as entrevistas, das quais 65 (8,6%) recusaram a participação no estudo, sendo a amostra final composta por 691 mulheres. As participantes foram selecionadas nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids da cidade de Porto Alegre, Brasil. O número de participantes em cada serviço foi definido pela proporcionalidade de atendimentos. Das 691 pacientes que aceitaram participar da pesquisa, 10 não responderam as questões relativas às gestações e, portanto, foram excluídas da análise, dessa forma a amostra foi composta por 681 mulheres.

As mulheres foram selecionadas, por amostragem aleatória simples, a partir das agendas de marcação de consultas de todos os profissionais que atendiam nesses serviços (incluindo enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e assistentes sociais). O convite para participar da pesquisa ocorria antes ou após a consulta, conforme as características de cada serviço de saúde. De um total de 1193 consultas agendadas por mulheres elegíveis, 436 mulheres (36,5%) não compareceram, tendo sido repostas na pesquisa pela seleção de consultas subsequentes.

O protocolo da pesquisa incluiu um treinamento intensivo aos entrevistadores, contemplando questões sobre a caracterização da epidemia da Aids, métodos de abordagem aos pacientes nos serviços de saúde, obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação do questionário.

Após a obtenção do consentimento, as participantes responderam um questionário eletrônico, elaborado através do programa Sphinks Léxica versão 4.0, em local privativo, preenchido pelo entrevistador em *netbook*.

O questionário versou sobre características sociodemográficas, econômicas, desfechos principais na trajetória de saúde sexual e reprodutiva, utilização de métodos contraceptivos com diferentes parceiros, momento do diagnóstico da infecção pelo HIV, uso de medicações, situações de violência relacionadas com o diagnóstico e questões sobre a saúde em uma perspectiva global.

Foi realizada uma pesquisa piloto para pré-teste do questionário quanto à adequabilidade das questões, visando facilitar a compreensão das mesmas. Para controle de qualidade dos dados, foi realizado novo contato com 10% das participantes, escolhidas por método aleatório, para certificação das respostas obtidas.

A descrição de características sociodemográficas, econômicas e de comportamento sexual e reprodutivo é apresentada por valores absolutos e percentuais e para algumas variáveis também são apresentadas as medianas e amplitude interquartílica. As comparações entre os grupos são realizadas pelo teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. Para as variáveis quantitativas, a distribuição normal foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk, e as comparações são realizadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Fatores associados com a ocorrência de gestações após o diagnóstico de HIV foram investigados pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. O teste de Wald foi utilizado para a seleção de variáveis no modelo.

As análises dos dados foram realizadas utilizando-se o Predictive Analytics Software (PASW) versão 18.0.

O protocolo do estudo (nº 2008216) foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e demais comitês das instituições envolvidas.

Resultados

Da amostra estudada, 240 mulheres (35,2%) apresentaram gestações após o diagnóstico de HIV.

A descrição e as comparações de características sociodemográficas e econômicas das mulheres soropositivas para o HIV, conforme a ocorrência ou não de gestações após o diagnóstico de HIV, são apresentadas na Tabela 1. A amostra é constituída, predominantemente, por mulheres brancas (59,2%), que declararam frequentar religião (56,8%), com até 10 anos de escolaridade (66,5%) e que exercem atividade remunerada de

trabalho (54,2%).

Foi observada diferença entre a idade mediana dos grupos ($p=0,001$) e na distribuição por faixas etárias ($p<0,001$), em que a proporção de mulheres mais velhas é maior no grupo sem gestações após o diagnóstico de HIV.

Diferenças estatisticamente significativas também foram observadas entre a escolaridade ($P=0,002$), renda domiciliar ($P=0,039$) e tipo de domicílio ($P=0,019$) entre as mulheres sem e com gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV. As mulheres que tiveram gestações após o diagnóstico possuem menor escolaridade, menor renda e apresentam maior instabilidade em termos de moradia. Somente 62 mulheres (25,8%) com gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV apresentam mais de 10 anos de escolaridade e 58,7% desse grupo apresenta renda domiciliar menor do que dois salários mínimos (597 dólares, na época da pesquisa). Quanto ao tipo de domicílio, em ambos os grupos a maioria das mulheres vive em domicílio próprio; entretanto, viver em domicílio cedido é mais frequente para as mulheres que tiveram gestações após o diagnóstico.

A descrição e as comparações de características do comportamento sexual e reprodutivo das mulheres soropositivas para o HIV conforme a ocorrência ou não de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV são apresentadas na Tabela 2.

A maioria das mulheres com gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV apresentou iniciação sexual antes dos 16 anos ($p=0,004$), e a idade mediana da iniciação sexual foi menor, quando comparada ao grupo sem gestações após o diagnóstico ($p=0,001$). O uso de preservativo na primeira relação sexual foi mais frequente para as mulheres sem gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV ($p=0,023$). Em ambos os grupos, o uso de preservativo na última relação sexual foi superior a 60% ($p=0,254$). Mais de 70% das mulheres relatou ter um parceiro sexual nos últimos 12 meses e, para a maioria das mulheres, o número de parceiros sexuais na vida variou entre um e quatro parceiros, dados similares em ambos os grupos. A distribuição da proporção de mulheres de acordo com o número de uniões foi marginalmente não significativa entre os grupos ($p=0,069$).

Diferenças entre número de gestações ($p<0,001$) e número de filhos ($p<0,001$) são observadas, comparando-se os dois grupos. As mulheres com gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV referem maior número de gestações e apresentam maiores percentuais de número de filhos; também são elas que relatam com mais frequência desejo de fazer ligadura tubária ($p=0,001$).

Embora a prática de sexo em troca de dinheiro tenha sido similar em ambos os

grupos, as mulheres com gestações após o diagnóstico relatam terem sofrido mais violência sexual ($p=0,054$) e violência física ($p=0,025$) quando comparadas às mulheres sem gestações após o diagnóstico. As mulheres com gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV também apresentam maiores percentuais de uso de drogas ilícitas durante a vida ($p=0,001$) e maior percentual de discriminação nos serviços de saúde ($p=0,001$).

A análise univariável é apresentada na Tabela 3. Nessa etapa de análise, a variável idade não apresentou associação com a ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV, entretanto, optou-se por mantê-la no modelo pela importância frente ao desfecho estudado. Para investigar a associação entre violência e a ocorrência de gestações após o diagnóstico, foi criada uma variável sumarizadora que expressa a ocorrência de algum tipo de violência relacionada com o diagnóstico de infecção pelo HIV (violência física e/ou psicológica). Ambas as variáveis número de gestações e números de filhos apresentaram associação com o desfecho; entretanto, a variável número de filhos foi escolhida para o modelo de regressão por contemplar de forma mais ampla a experiência da maternidade (do ponto de vista não biológico).

Permaneceram no modelo multivariável (Tabela 3) as seguintes variáveis que mostraram associação com o desfecho: faixa etária, variação de uso do preservativo após o diagnóstico, desejo de fazer laqueadura, sofrer violência, número de filhos, idade do diagnóstico de infecção pelo HIV e não ter gestação anterior ao diagnóstico.

A razão de prevalências para ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV aumentou com o aumento da idade, chegando a 3,01 (IC95%: 1,84 – 4,92) para as mulheres com idade maior ou igual a 40 anos, em relação às mulheres de 18 a 24 anos. A idade no momento do diagnóstico apresentou associação negativa com o desfecho. A linearidade desta variável foi verificada, e observou-se que um aumento de cinco anos na idade do diagnóstico de infecção pelo HIV, confere uma proteção de 37% (IC95%: 56% – 70%) para a ocorrência de gestações após o diagnóstico.

O mesmo fenômeno verificado com a variável idade pode ser observado em relação ao número de filhos, em que a razão de prevalência da ocorrência de gestações após o diagnóstico aumenta conforme as categorias do número de filhos. Enquanto que para as mulheres que tinham apenas um filho a razão de prevalência foi de 2,15 (IC95%: 1,07 – 4,33), para as mulheres que possuíam quatro ou mais filhos a razão de prevalência foi de 6,27 (IC95%: 2,85 – 13,79). Por outro lado, não ter tido gestações até o momento do diagnóstico da infecção pelo HIV também apresentou associação positiva com o desfecho

(RP = 1,57, IC95%: 1,17 – 2,12).

Quanto ao uso de preservativo no período após o diagnóstico, tanto o aumento quanto a diminuição do uso apresentaram associação positiva com a ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV, quando comparado às mulheres que pararam de ter relações sexuais (grupo de referência). O desejo de fazer laqueadura foi outra variável que demonstrou associação com a ocorrência de gestações após o diagnóstico (RP = 1,33, IC95%: 1,07 – 1,66).

Ter sofrido algum tipo de violência relacionada ao diagnóstico também apresentou associação positiva com a ocorrência de gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV (RP = 1,31, IC95%: 1,06 – 1,62).

As características da primeira gestação após o diagnóstico da infecção pelo HIV são apresentadas na Tabela 4. Em relação ao uso de método contraceptivo no período em que ocorreu a primeira gestação após o diagnóstico, 123 mulheres (51,9%) referiram utilizar algum método contraceptivo, entretanto, apenas 82 mulheres relataram que gestação foi planejada (34,6%). Para 46 mulheres esta gestação resultou em aborto (14,9% aborto espontâneo e 4,7% aborto provocado).

Considerando a primeira gestação após o diagnóstico, para aproximadamente metade das mulheres, o parceiro não era o mesmo da gestação anterior e 16,5% das mulheres entrevistadas eram primigestas. O *status* sorológico do parceiro durante esta gestação era conhecido por 98,3% das mulheres, sendo a maioria deles (57,2%) HIV negativo.

Discussão

A maioria das mulheres vivendo com HIV/Aids encontra-se em idade reprodutiva; nesse sentido, o uso de terapia antirretroviral pode reduzir o risco de transmissão vertical do HIV e amenizar as preocupações com a saúde que muitas mulheres podem ter frente à possibilidade de uma gestação (12). Nesse sentido, vários estudos têm demonstrado que o valor atribuído à maternidade, em diferentes contextos culturais, pode assumir maior importância do que a condição sorológica, influenciando o comportamento reprodutivo das mulheres após o diagnóstico da infecção pelo HIV (10,17,18,22,23) . Além disso, boas condições de saúde e tratamento com terapia antirretroviral favorecem as decisões reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids (9).

Neste estudo, avaliamos a ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção

pelo HIV e fatores associados em mulheres atendidas em serviços públicos de atenção especializada em HIV/Aids no sul do Brasil, em um contexto em que a terapia antirretroviral é universalmente oferecida. Encontramos 240 (35,2%) mulheres vivendo com HIV/Aids que tiveram gestações após o diagnóstico. Engravidar após o diagnóstico sinaliza, pode em parte, sinalizar a importância da maternidade para esse grupo de mulheres, independente da condição sorológica. Pesquisa similar no Brasil também identificou que entre mulheres e homens com HIV, o desejo de ter filhos estava fortemente associado ao fato de não terem tido filhos biológicos até a descoberta da sorologia positiva para o HIV (8).

As mulheres com gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV apresentam menor escolaridade, menor renda, piores condições de moradia, com maior frequência já utilizaram algum tipo de droga ilícita, e realizaram sexo em troca de dinheiro. Esses dados remetem ao contexto de vulnerabilidade no qual essas mulheres estão inseridas (24). Essa vulnerabilidade também se manifesta na associação de gravidezes pós-diagnóstico com a ocorrência de violência em função da Aids.

Na amostra estudada, 65,4% das gestações não foram planejadas e aproximadamente a metade das mulheres com gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizava método contraceptivo na época que engravidou. Em consonância com esses achados, há relato de que para algumas mulheres HIV positivas, a gestação ocorre sem planejamento, ou muitas vezes, por falha nos métodos contraceptivos adotados (25,26). Recente estudo conduzido no Canadá, que avaliou a última gestação após o diagnóstico, encontrou que 54% das gestações ocorridas não eram planejadas (27). O baixo índice de planejamento e de uso de método contraceptivo encontrado em nosso estudo pode ter diferentes explicações: falha por parte das políticas públicas em garantir direitos reprodutivos reconhecidos internacionalmente, como o acesso ao planejamento familiar (8,28,29), uso inconsistente de métodos contraceptivos (30), ou relações assimétricas de gênero, com dificuldade de negociação do uso do preservativo (31), questões não analisadas neste artigo.

Quando comparadas com as mulheres sem gestações após o diagnóstico, as mulheres com gestações iniciaram a vida sexual mais precocemente e apresentaram menor percentual de uso de preservativo nessa primeira relação. Esse dado pode indicar uma dificuldade na adoção de métodos contraceptivos desde o início da vida sexual. A análise multivariável mostrou a ocorrência de gestações após o diagnóstico tanto para as mulheres que relatam que o uso do preservativo permaneceu igual ao período anterior, quanto para

aquelas que relataram que o uso do preservativo aumentou. Estudos documentam que, embora possa ocorrer aumento no uso do preservativo após o diagnóstico da infecção pelo HIV, o preservativo ainda permanece sendo pouco utilizado (32,33) ou utilizado de forma inconsistente (30); ou ainda, como já indicamos em outro trabalho (34), pode haver uma superestimação do relato de uso de preservativo, em função das recomendações persistentes às mulheres vivendo com HIV/Aids, por parte dos serviços de saúde (29).

A idade apareceu como um fator associado à ocorrência de gestações, em que maior razão de prevalência foi observada entre as mais velhas. Alguns estudos demonstram que a idade mais jovem aparece associada com o desejo de gravidez (8,9,32), e a maior parte dos estudos sobre decisões reprodutivas de mulheres com HIV investiga o desejo ou a intenção de maternidade após o diagnóstico (8,9,17,19,23,35,36). Nosso estudo avaliou as gestações que de fato ocorreram após o diagnóstico, o que pode ser uma das explicações para a diferença encontrada.

Do mesmo modo, quanto maior o número de filhos, maior foi a ocorrência de gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV. Observou-se, ainda, que o desejo de realizar laqueadura tubária aparece associado de forma independente à ocorrência de gestações após o diagnóstico, o que suscita a hipótese de que, possivelmente, uma nova gestação traga a possibilidade de realização do procedimento, pois antes da Lei 9.263 (37) que regulamenta a laqueadura tubária no Brasil, o procedimento era habitualmente realizado concomitantemente com a cesariana (38). Em 2003, importante estudo documentou dificuldade por parte de gestantes com HIV, de realizarem laqueadura na cidade onde este estudo foi conduzido, comparando com outra região do Brasil (15).

A idade que a entrevistada tinha no momento do diagnóstico de infecção pelo HIV demonstrou influenciar a ocorrência de gestações. O aumento da idade no momento do diagnóstico é um fator protetor para a ocorrência de gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV, hipótese já levantada anteriormente na literatura (12). Nesse sentido, além da idade da mulher, a idade no momento em que ocorreu o diagnóstico da infecção pelo HIV também deve ser considerada.

A discriminação (39) em serviços de saúde, que foi frequentemente relatada pelas mulheres, também é mais um tipo de violência ao qual elas estão expostas. As instituições de saúde representam mais um local no qual essas mulheres não são respeitadas e valorizadas, criando, assim, uma barreira para o estabelecimento de vínculo e dificultando a implementação de um planejamento familiar adequado. Alguns estudos apontam que o

tratamento discriminatório ocorre quando as intenções reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids são frequentemente ignoradas ou desencorajadas nos serviços de saúde (8,28,40,41).

Se, por um lado, a ocorrência de gestações está associada com situações de violência e desejo de realizar laqueadura tubária, ou dificuldade de acesso a um planejamento familiar adequado, ela também parece estar vinculada à experiência de novos relacionamentos. Para quase metade das mulheres que tiveram gestações após o diagnóstico, o parceiro não era o mesmo da gestação anterior. Nesse sentido, o parceiro parece exercer forte influência sobre a ocorrência de gestações (12,19,29), o que necessita de investigações adicionais.

Conclusão/Considerações Finais

A ocorrência de gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV não indica, necessariamente, o exercício dos direitos reprodutivos por parte das mulheres vivendo com HIV/Aids, pois, como demonstramos, estas gestações têm se dado inseridas em contextos de vulnerabilidade individual, social e programática. A gravidez pode, nesse sentido, expressar o precário acesso das mulheres aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a um planejamento familiar adequado. Mas a gravidez também pode, ainda, ser uma estratégia de inserção social — visto que a maternidade desempenha um importante papel na construção da identidade feminina, particularmente nas sociedades latino americanas e africanas —, e uma forma de lidar com o preconceito, ainda bastante disseminado, trazido pela Aids.

É nesse sentido que as políticas de enfrentamento da Aids precisam ser eficazes, não somente instituindo o protocolo de transmissão vertical, mas reconhecendo que as gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV muitas vezes envolvem contextos de vulnerabilidade individual, social e programático.

Referências

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New Eng J Med.* 1994; 331:1173-80.
2. Newell M-L, Gray G, & Bryson YJ. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 transmission. *AIDS.* 1997; Suppl 11:1165-72.
3. Wade NA, Birkhead GS & Warren BL. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis

and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *New Eng J Med*. 1998;339(20):1409-14.

4. UNAIDS. Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Report 2011. WHO/UNAIDS/UNICEF. Acesso em: 05 jan. 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/201111130_UA_Report_en.pdf

5. UNAIDS. Global plan towards the elimination of new hiv infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. 2011. Acesso em: 05 jan. 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

7. Gogna ML, Pecheny MM, Ibarlucía I, Manzelli H, López SB. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. *Soc Sci Med*. 2009;69(6):813-20.

8. Paiva V, Santos N, França-Junior I, Filipe E, Ayres JR, Segurado A. Desire to have children: gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care and STDs*. 2007;21(4):268-77.

9. Marcellin F, Protopopescu C, Abé C, Boyer S, Blanche J, Ongolo-Zogo, et al. Desire for a child among HIV-infected women receiving antiretroviral therapy in Cameroon: results from the national survey EVAL (ANRS 12-116). *Aids Care*. 2010;22(4):441-51.

10. Fiore S, Heard I, Thorne C, Savasi V, Coll O, Malyuta R, et al. Reproductive experience of HIV-infected women living in Europe. *Hum Reprod*. 2008;23(9):2140-4.

11. Feldman R, Maposhere C. Safer sex and reproductive choice: findings from "positive women: voices and choices" in Zimbabwe. *Reprod Health Matters*. 2003;11(22):162-73.

12. Craft SM, Delaney RO, Bautista DT, Serovich JM. Pregnancy Decisions Among Women with HIV. *AIDS Behav*. 2007;11(6): 927-35.

13. Barnes DB, Murphy S. Reproductive decisions for women with HIV: motherhood's role in envisioning a future. *Qualitative Health Research*. 2009;19(4):481-91.

14. Bedimo AL, Bessinger R & Kissinger P. Reproductive choices among HIV positive women. *Soc Sci Med*. 1998;46(2):171-9.

15. Barbosa RM & Knauth DR. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(2):365-76.

16. Knauth DR. Subjetividade Feminina e soropositividade. In R. M. Barbosa & R. Parker (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso São Paulo*: Editora 34, 1999. p. 121-36.

17. Cooper D, Harries J, Myer L, Orner P, Bracken H. "Life is still going on": Reproductive intentions among HIV-positive women and men in South Africa. *Soc Sci Med*. 2007;65(2):274-83.
18. Heard I, Sitta R, Lert F, and The VESPA Study Group. Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatient attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS*. 2007;21 Suppl 1:S77-S82.
19. Aska ML, Chompikul J, Keiwkarnka B. Determinants of Fertility Desires among HIV Positive Women Living in the Western Highlands Province of Papua New Guinea. *World Journal of AIDS*. 2011;1:198-207.
20. Lusti-Narasimhan M, Cottingham J, Berer M. Ensuring the Sexual and Reproductive Health of People Living with HIV: Policies, Programmes and Health Services. *Reproductive Health Matters*. 2007; 15 Suppl 29:1-3.
21. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Casos de aids identificados no Rio Grande do Sul. Acesso em: 13 fev. 2012. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/rs.def>
22. Fourquet F, Le Chenadec J, Mayaux MJ, Meyer L. Reproductive behaviour of HIV-infected women living in France, according to geographical origin. *AIDS*. 2001;15:2193-6.
23. Sowell RL, Murdaugh CL, Addy CL, Moneyham L, Tavokoli A. Factors influencing intent to get pregnant in HIV-infected women living in the southern USA. *AIDS Care*. 2002;14(2):181-91.
24. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Filipe EM. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25 Supl 2:S321-33.
25. Bedimo-Rung AL, Clark RA, Dumestre J, et al. Reproductive decision-making among HIV-infection women. *Journal of the National Association*. 2005;97(10):1403-10.
26. King R, Khana K, Nakayiwa S, Katuntu D, Homsy J, Lindkvist P, et al. Pregnancy comes accidentally - like it did with me': reproductive decisions among women on ART and their partners in rural Uganda. *BMC Public Health*. 2011;11:530. Acesso em: 27 fev. 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/530>
27. Loutfy MR, Raboud JM, Wong J, Yudin MH, Diong C, Blitz SL, et al. High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. *HIV Medicine*. 2012;13:107-17.
28. UNFPA. Programme of Action of the International Conference on Population and Development – Cairo, 1994. Acesso em: 20 fev. 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd>
29. Kurokawa e Silva NE, de Alvarenga AT, Ayres JRCM. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):474-8.
30. Njabanou NM, Atashili J, Mbanya D, Mbu ER, Ikomey GM, Kefie CA, et al. Sexual

Behavior of HIV-Positive Women in Cameroon. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*. 2011. Acesso em: 15 fev. 2012. Disponível em: <http://jia.sagepub.com/content/early/2011/09/24/1545109711421640.full.pdf+html>

31. Barbosa RM. *Negociação sexual e sexo negociado, sexualidade e gênero em tempos de Aids* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

32. Peltzer K, Chao LW, Dana P. Family Planning Among HIV Positive and Negative Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) Clients in a Resource Poor Setting in South Africa. *AIDS Behav*. 2009;13:973-9.

33. Kline A, Strickler J, Kempf J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. *Soc Sci Med*. 1995;40(11):1539-47.

34. Teixeira LB, Pilecco FB, Vigo A, Knauth DR. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil* (artigo original não publicado).

35. Nakayiwa S, Abang B, Packel L, Lifshay J, Purcell DW, King R, et al. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Behav*. 2006;10 Suppl 4:S95-104.

36. Oladapo OT, Daniel OJ, Odusoga OL, Ayoola-Sotubo O. Fertility desires and intentions of HIV-positive patients at a suburban specialist center. *Journal of The National Medical Association*. 2005;97(12):1672-81.

37. BRASIL. Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. *Diário Oficial da União* de 12/01/1996. Acesso em: 03 fev. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm

38. Potter JE, Perpetuo IH, Berquo E, Hopkins K, Leal OF, Formiga MC, Souza MR. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception*. 2003;67:385-90.

39. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003; 57:13-24.

40. Daar ES; Daar JF. Human immunodeficiency virus and fertility care: embarking on a path of knowledge and access. *Fertility and Sterility*. 2006;85(2):298-300, discussion 301.

41. Sauer MV. American physicians remain slow to embrace the reproductive needs of human immunodeficiency virus-infected patients. *Fertility and Sterility*. 2006;85(2):298-300, discussion 301.

Tabela 1: Características sociodemográficas e econômicas de mulheres vivendo com HIV/Aids, conforme a ocorrência ou não de gestações após o diagnóstico.

Características	Todas	Mulheres com gestações após o diagnóstico de HIV/Aids	Mulheres sem gestações após o diagnóstico de HIV/Aids	P
Idade (anos)				
18 a 24	58 (8,5%)	16 (6,7%)	42 (9,5%)	
25 a 29	81 (11,9%)	35 (14,6%)	46 (10,4%)	
30 a 34	150 (22,0%)	65 (27,1%)	85 (19,3%)	<0,001*
35 a 39	157 (23,1%)	66 (27,5%)	91 (20,6%)	
40 a 49	235 (34,5%)	58 (24,2%)	177 (40,1%)	
Mediana (amplitude interquartílica)	36 (11)	35 (9)	38 (12)	0,001 [†]
Raça / etnia (autodeclarada)				
Branca	403 (59,2%)	134 (55,8%)	269 (61%)	0,190*
Não branca	278 (40,8%)	106 (44,2%)	172 (39%)	
Frequente religião				
Não	294 (43,2%)	110 (45,8%)	184 (41,7%)	
Sim, às vezes	220 (32,3%)	74 (30,8%)	146 (33,1%)	0,586*
Sim, sempre	167 (24,5%)	56 (23,3%)	11 (25,2%)	
Escolaridade (anos) **				
Até 10	453 (66,5%)	178 (74,2%)	275 (62,4%)	0,002*
≥ 11	228 (33,5%)	62 (25,8%)	166 (37,6%)	
Escolaridade da mãe (anos)**				
Até 10	393 (83,3%)	145 (84,3%)	248 (82,7%)	0,647*
≥ 11	79 (16,7%)	27 (15,7%)	52 (17,3%)	
Renda domiciliar (em salários mínimos)				
< 2	345 (53,2%)	135 (58,7%)	210 (50,2%)	0,039*
≥ 2	303 (46,8%)	95 (41,3%)	208 (49,8%)	
Exerce atividade remunerada				
	369 (54,2%)	124 (51,7%)	245 (55,6%)	0,331*
Tipo de domicílio				
Próprio	489 (72,8%)	169 (71,9%)	320 (73,2%)	
Alugado	113 (16,8%)	32 (13,6%)	81 (18,5%)	0,019*
Cedido	70 (10,4%)	34 (14,5%)	36 (8,2%)	
Total	681	240	441	

*Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

[†] Valor p associado ao teste de Mann-Whitney U.

** Anos não repetidos de escola.

Tabela 2: Caracterização do comportamento sexual e reprodutivo de mulheres vivendo com HIV/Aids conforme a ocorrência ou não de gestações após o diagnóstico.

Características	Todas (n = 681)	Mulheres com gestações após o diagnóstico de HIV/Aids (n = 240)	Mulheres sem gestações após o diagnóstico de HIV/Aids (n = 441)	P*
Idade na primeira relação sexual (anos)				
< 16	320 (47,1%)	133 (55,4%)	187 (42,4%)	
16 - 17	182 (26,8%)	57 (23,8%)	125 (28,3%)	0,004
> 17	179 (26,3%)	50 (20,8%)	129 (29,3%)	
Mediana (amplitude interquartílica)	16 (4)	15 (3)	16 (4)	0,001 [†]
Uso de preservativo na primeira relação sexual	169(25,5%)	47 (20,3%)	122(28,3%)	0,023
Uso de preservativo na última relação sexual	446 (67,1%)	151 (64,3%)	295 (68,6%)	0,254
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 m				
0	103 (15,3%)	27 (11,3%)	76 (17,5%)	
1	495 (73,6%)	190 (79,5%)	305 (70,3%)	0,073
2	53 (7,9%)	16 (6,7%)	37 (8,5%)	
3 ou mais	22 (3,3%)	6 (2,5%)	16 (3,7%)	
Número de parceiros sexuais na vida				
1 a 4	284 (41,7%)	103 (42,9%)	181 (41%)	
5 a 9	180 (26,4%)	67 (27,9%)	113 (25,6%)	0,526
10 ou mais	217 (31,9%)	70 (29,2%)	147 (33,3%)	
Número de uniões				
0	42 (6,2%)	12 (4,9%)	30 (6,8%)	
1	243 (35,7%)	73 (30,4%)	170 (38,5%)	0,069
2	266 (39,1%)	108 (45%)	158 (35,8%)	
3 ou mais	130 (19,1%)	47 (19,6%)	83 (18,8%)	
Número de gestações				
0	52 (7,6%)	0 (0,0%)	52 (11,8%)	
1	142 (20,9%)	24 (10%)	118 (26,8%)	
2	151 (22,2%)	56 (23%)	95 (21,5%)	<0,001
3	130 (19,1%)	56 (23%)	74 (16,8%)	
4 ou mais	206 (30,2%)	104 (43,4%)	102 (23,1%)	
Número de filhos				
0	80 (11,7%)	8 (3,3%)	72 (16,3%)	
1	184 (27%)	45 (18,8%)	139 (31,3%)	
2	162 (23,8%)	73 (30,4%)	89 (20,1%)	<0,001
3	121 (17,8%)	49 (20,4%)	72 (16,3%)	
4 ou mais	134 (19,7%)	65 (27,1%)	69 (15,6%)	
Mediana (amplitude interquartílica)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	<0,001 [†]
Prática de sexo em troca de dinheiro	76 (11,2%)	34 (14,3%)	42 (9,6%)	0,065
Uso de drogas ilícitas alguma vez durante a vida	203 (30%)	91 (38,1%)	112 (25,6%)	0,001
Gostaria de fazer ligadura de trompas	183 (36,7)	77 (47,2%)	106 (31,5%)	0,001
Sofreu violência física na vida	263 (39%)	106 (44,7%)	157 (35,9%)	0,025
Sofreu violência sexual	127 (18,8%)	54 (22,8%)	73 (16,7%)	0,054
Discriminação nos serviços de saúde	151 (22,3%)	71 (29,8%)	80 (18,2%)	0,001

*Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

[†] Valor p associado ao teste de Mann-Whitney U.

Tabela 3: Fatores associados à ocorrência de gestações após o diagnóstico de HIV/Aids: razão de prevalências bruta e ajustada pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Características	RP Bruta	IC95%	RP Ajustada [†]	IC95%
Idade (anos)				
18 a 24	1		1	
25 a 29	1,56	0,96 – 2,55	1,60	1,00 – 2,57
30 a 34	1,57	0,99 – 2,48	2,18	1,40 – 3,39
35 a 39	1,52	0,97 – 2,40	2,63	1,65 – 4,18
40 a 49	0,89	0,56 – 1,44	3,01	1,84 – 4,92
Não ter tido gestações até o diagnóstico de HIV	1,27	1,03 – 1,56	1,57	1,17 – 2,12
Número de filhos				
0	1		1	
1	2,45	1,20 – 4,95	2,15	1,07 – 4,33
2	4,51	2,29 – 8,89	3,99	1,98 – 8,05
3	4,05	2,03 – 8,09	4,72	2,23 – 9,99
4 ou mais	4,85	2,46 – 9,58	6,27	2,85 – 13,79
Uso de preservativo após o diagnóstico de HIV				
Parou de ter relações sexuais	1		1	
Diminuiu	3,96	2,06 – 7,62	3,35	1,57 – 7,17
Permaneceu igual ao período anterior ao diagnóstico	3,32	1,81 – 6,07	2,76	1,38 – 5,52
Aumentou	2,58	1,43 – 4,66	2,47	1,27 – 4,80
Gostaria de fazer ligadura de trompas	1,55	1,20 – 1,98	1,33	1,07 – 1,66
Violência associada ao diagnóstico*	1,76	1,44 – 2,15	1,31	1,06 – 1,62
Aumento de 5 anos na idade do diagnóstico de HIV	0,68	0,64 – 0,74	0,63	0,56 – 0,70
Uso de drogas ilícitas durante a vida	1,44	1,17 – 1,76	NS***	
Violência sexual	1,27	1,00 – 1,60	NS***	
Renda domiciliar < 2 salários mínimos	1,25	1,01 – 1,55	NS***	
Escolaridade até 10 anos**	1,45	1,13 – 1,84	NS***	
Idade na primeira relação sexual < 16 anos	1,40	1,15 – 1,73	NS***	
Uso de preservativo na primeira relação sexual	0,74	0,57 – 0,97	NS***	
Discriminação em serviços de saúde	1,48	1,20 – 1,83	NS***	

[†] Ajustada pelas outras variáveis do modelo.

* Violência física e/ou psicológica.

** Anos não repetidos de escola.

*** Não significativo.

Tabela 4: Características das mulheres com gestações após o diagnóstico de HIV/Aids no período da primeira gestação após o diagnóstico (total de 240 mulheres).

Características	N* (%)
Uso de contracepção	
Sim	123 (51,9%)
Não	114 (48,1%)
Gestação Planejada	
Sim	82 (34,6%)
Não	155 (65,4%)
Gestação resultou em aborto	
Sim, espontâneo	35 (14,9%)
Sim, induzido	11 (4,7%)
Gestação em curso	17 (7,2)
Não	172 (73,2%)
Parceiro é o mesmo da gestação anterior	
Sim	81 (34,2%)
Não	117 (49,4%)
É a primeira gestação	39 (16,5%)
Parceiro é HIV positivo	
Sim	97 (41,1%)
Não	135 (57,2%)
Não sabe	4 (1,7%)

*Valores totais podem diferir pela possibilidade de não resposta.

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conquistas obtidas nas últimas décadas nas áreas dos direitos e da saúde reprodutiva vêm de uma longa caminhada de movimentos sociais, particularmente do movimento feminista, atrelada às discussões em conferências internacionais sobre desenvolvimento e crescimento populacional. A CIPD, no Cairo, foi a mais importante dessas conferências, no sentido de trazer legitimidade para o conceito de saúde reprodutiva.

Na esfera dos direitos e saúde sexual, as conquistas obtidas estão intimamente relacionadas com o surgimento da epidemia da Aids e com a mobilização da sociedade civil organizada em defesa da diversidade sexual, relacionada com a questão dos direitos humanos.

Mundialmente, se por um lado, o crescimento da epidemia entre as mulheres e o fato da transmissão ocorrer predominantemente por via heterossexual, pode ter contribuído para uma sensível diminuição do estigma e da discriminação dos inicialmente chamados “grupos de risco”, por outro lado, a expansão da Aids entre mulheres levantou importantes discussões sobre direitos humanos, em função da discriminação relacionada à doença, de forma que o estigma hoje sobre as mulheres, é uma das mais significativas formas de violência e violação dos direitos humanos das mulheres no Brasil.

No âmbito da saúde da mulher, a Aids ampliou as discussões sobre saúde reprodutiva e sexualidade, com a participação crescente de movimentos sociais, políticos, pesquisadores, cientistas e universidades.

O Brasil possui uma política nacional de enfrentamento à epidemia de Aids que conta com serviços especializados na rede pública de saúde, para o atendimento de pacientes com HIV/Aids. No sul do Brasil, os dados epidemiológicos demonstram um crescimento rápido entre as mulheres e as mais elevadas taxas do país, e Porto Alegre é a capital com maior taxa de incidência da doença.

Neste trabalho, observou-se que as mulheres em acompanhamento nos serviços públicos apresentam um perfil diferenciado daquele tradicionalmente descrito na literatura. Considerando que a mortalidade por Aids atinge principalmente mulheres pobres e com baixa escolaridade, é possível que estas mulheres não estejam em acompanhamento nos serviços de saúde. Além disso, o comportamento sexual e reprodutivo das mulheres difere por grupo etário, o que precisa ser considerado nas estratégias de prevenção da Aids.

Os achados do presente estudo sobre o perfil das mulheres soropositivas para o HIV, particularmente quando analisados sob a perspectiva etária, indicam as mudanças verificadas nos países ocidentais na esfera da sexualidade — como a diminuição da idade de iniciação sexual e o aumento do número de parceiros sexuais — devem ser consideradas nos programas de prevenção das DST, bem como no acompanhamento das mulheres vivendo com HIV/Aids. É também urgente atentar para o conjunto de fatores que definem a vulnerabilidade dessas mulheres, especialmente as mais jovens, como o uso de drogas ilícitas e a prática de sexo em troca de dinheiro. Esses fatores sinalizam a necessidade dos profissionais e serviços de saúde romper com uma perspectiva estritamente biológica da doença, considerando, também, o contexto no qual essas mulheres estão inseridas.

Quando se compara mulheres com e sem gestações após o diagnóstico de infecção pelo HIV, observa-se que muitas gestações ocorrem sem planejamento. Tal dado sinaliza o papel dos serviços de saúde em atender as necessidades dessas mulheres e, de fato, realizarem através de suas ações, promoção de saúde sexual e reprodutiva, garantido às mulheres vivendo com HIV/Aids, o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

As circunstâncias nas quais essas mulheres estão envolvidas e onde as decisões reprodutivas são tomadas remetem aos contextos de vulnerabilidade que precisam ser trabalhados em saúde. Nesse sentido, a reflexão sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV e a disposição e capacitação dos profissionais de saúde para promover a saúde sexual e reprodutiva (que se pressupõe indissociável da discussão de direitos) precisa ser abertamente incentivada nos

serviços, a fim de contemplar uma política que realmente seja eficaz no sentido de “enfrentamento” da epidemia e que contemple a saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids. É nessa perspectiva que o conceito de vulnerabilidade deve ser norteador da resposta nacional à Aids, pressupondo um conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos que incidem diretamente sobre a maior ou menor exposição das mulheres ao HIV/Aids.

A maioria dos estudos sobre saúde sexual e reprodutiva envolve metodologia qualitativa de pesquisa, e a aplicação da epidemiologia nos estudos sobre saúde sexual e desfechos reprodutivos é relativamente nova. O tratamento das questões de saúde sexual e reprodutiva, por parte da epidemiologia, é dificultado por algumas razões. Em primeiro lugar, ocorre dificuldade para quantificação de fenômenos que, na epidemiologia em geral, poderiam ser dicotomizados. As questões que envolvem comportamento são mais acuradas quando consideradas de forma contínua, pois retratam melhor a heterogeneidade entre os indivíduos, que é algo extremamente importante, porque os indivíduos podem ter oportunidades repetidas de experimentar desfechos reprodutivos. Há, ainda, o caráter íntimo dessas informações, o que requer uma complexa abordagem, tanto no que se refere ao instrumento de coleta dos dados, quanto à própria relação que se estabelece entre entrevistador/entrevistado, em metodologias de pesquisa qualitativa e quantitativa.

Outra razão é que os desfechos reprodutivos, embora relativamente comuns, frequentemente têm um tempo curto entre exposição e efeito, e, geralmente, são confirmados de forma incompleta.

Além disso, embora teoricamente os eventos reprodutivos estejam (em graus diferentes) sob o controle da pessoa estudada, muitos desfechos reprodutivos dependem do casal, e não apenas de uma pessoa. Dessa forma, as dependências resultantes podem, às vezes, produzir formas de confundimento nas associações encontradas.

A problematização das questões de saúde sexual e reprodutiva implica, ainda, um referencial teórico onde o conceito de gênero apareça com potencial explicativo. E, embora recentemente incorporada em alguns estudos epidemiológicos, essa categoria

é ainda pouco trabalhada nos cursos de epidemiologia.

O uso da epidemiologia com o correto emprego dos delineamentos para suscitar, confirmar ou refutar hipóteses é inquestionável, e a aplicação da epidemiologia, no estudo da saúde sexual e reprodutiva, traz contribuições significativas para a assistência à saúde. Entretanto, é justamente pelas questões abordadas anteriormente que a pesquisa qualitativa também deve ser considerada concomitantemente. É nesse sentido que o presente estudo será utilizado como base para o delineamento de um seguimento qualitativo, onde questões como violência, decisões sobre os desfechos das gravidezes e o contexto mais amplo no qual se apresentam serão aprofundadas.

9. ANEXOS

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

**ANEXO A: Parecer Consubstanciado da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul**



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 91035-003
compesq@famed.ufrgs.br



PARECER CONSUBSTANCIADO

Porto Alegre, 30 de setembro de 2009.

Referencia: Projeto de pesquisa – Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/AIDS em Porto Alegre

Autores: Daniela Riva Knauth (pesquisadora responsável), Luciana Barcellos Teixeira, Alvaro Vigo e Flávia Bulegon Pilecco.

Adequação do título: adequado

Revisão da literatura: adequada.

Adequação dos objetivos frente a literatura: adequada

Justificativa do projeto: Objetivo: Verificar as implicações da feminilização da epidemia do HIV/AIDS nas decisões de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, comparando-as com mulheres soronegativas para o HIV.

Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação(recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa).

O trabalho trata de um estudo transversal e descritivo e analítico, sendo um projeto de tese de doutorado em epidemiologia. O seu desfecho será o resultado de análises quantitativas e qualitativas dos componentes da pesquisa, analisando as mulheres HIV positivas na situação de vulnerabilidade frente a doença. Será implementado um questionário de avaliação com treinamento prévio dos pesquisadores. Trata-se de um trabalho de Saúde Coletiva e o projeto tem interesse prático e sob o ponto de vista de informações sobre a população em estudo, comparando-as com as HIV negativas muito importante. O tema é relevante e de interesse em saúde populacional. Os métodos propostos no projeto estão adequados aos objetivos. A bibliografia é atual. Orçamento e cronograma compatível com a execução do projeto.

Fontes de Custeio: Edital Universal do CNPq/2009 (edital MCT/CNPq numero 14/2009)

Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais). Será solicitado consentimento informado

Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Departamento de Medicina Social e PPG Epidemiologia



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 90035-003
compesq@famed.ufrgs.br



Análise crítica de riscos: não há

Termo de consentimento livre e esclarecido: adequado

Data prevista para o início da pesquisa: 01/10/2009

Duração total da pesquisa: 26 meses

Local da pesquisa: Programa de Pós graduação em epidemiologia

Parecer final: **APROVAR** projeto para ser encaminhado ao Comitê de Ética da UFRGS.


Profa Maria Isabel Edelweiss
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008216

Título : Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids

Pesquisador (es)

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
ALVARO VIGO	PESQUISADOR		
DANIELA RIVA KNAUTH	PESQUISADOR RESP		
LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA	PESQUISADOR		
FLÁVIA BULEGON PILECCO	PESQUISADOR		

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião n° 62, ata n°14 de 17/12/2009 por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta - feira , 18 de dezembro de 2009


JOSÉ ARTUR BOGO CHIES
 Coordenador do CEP-UFRGS

Bruno Cassel Neto
 Vice-Pró-Reitor de Pesquisa
 PROPESQ/UFRGS

ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco de Toledo, 594
CEP 91320-900 - Fone: (51) 3092-1000
CNPJ: 10.747.118/0117-05

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Hospital Infantil de Especialidades)
Bairro da Conceição, S.A.S.
CEP: 91320-900

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Manoel de Barros, 200
CEP 91340-000 - Porto Alegre - RS
Fone: (51) 3092-1000
CNPJ: 10.747.118/0117-05

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Manoel de Barros, 200
CEP 91340-000 - Porto Alegre - RS
Fone: (51) 3092-1000
CNPJ: 10.747.118/0117-05



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 29.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 0000378), em 19 de abril de 2010 reavaliou o estudo apreciado em reunião extraordinária realizada em 24 de março de 2010 referente ao seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-011

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

FLAVIA BULEGON PILECCO

ÁLVARO VIGO

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

DANIELA RIVA KNAUTH

Título: Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/AIDS em Porto Alegre.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 20 de abril de 2010.

Vitto Giancristoforo dos Santos
Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador do CEP

ANEXO D: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100517 **Versão do Projeto:** 22/11/2010 **Versão do TCLE:** 23/03/2011

Pesquisadores:

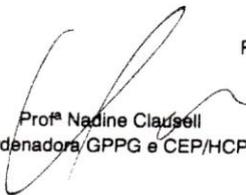
LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA
ALVARO VIGO
FLÁVIA BULEGON PILECCO
DANIELA RIVA KNAUTH

Título: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS EM PORTO ALEGRE

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 30 de março de 2011.


 Profª Nadine Claudsell
 Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO E: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Daniela Riva Knauth
Registro do CEP: 623 **Processo N°:** 001.012109.11.8
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – todas as Gerencias Distritais
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.012109.11.8, referente ao projeto de pesquisa: “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo no contexto do HIV/AIDS em Porto Alegre”, tendo como pesquisador responsável Daniela Riva Knauth cujo objetivo é Avaliar a associação entre o diagnóstico de soropositividade para o HIV/Aids e prática de aborto; Avaliar a associação de soropositividade para o HIV/Aids e relato de violência física e sexual; Investigar o uso de métodos contraceptivos pelas mulheres que vivem com HIV/Aids; Compreender as especificidades do contexto de vulnerabilidade para o vírus que se apresenta para as mulheres infectadas pelo HIV/Aids em relação às mulheres soronegativas.”

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 25/04/2011

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

**ANEXO F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética
em Pesquisa da UFRGS**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre, com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessa cidade.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, e, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão, posteriormente, utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la, se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar uma das pesquisadoras responsáveis: Daniela Riva Knauth ou Luciana Barcellos Teixeira, pelo telefone: (51) 3308-5461.

Declaração de consentimento:

Eu fui convidada e aceitei participar desta entrevista. Li as informações acima ou estas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de perguntar tudo que eu queria saber sobre o estudo e obtive respostas satisfatórias. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os riscos e benefícios desses procedimentos.

Nome por extenso	Assinatura	Data
-------------------------	-------------------	-------------

ANEXO G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas cidades.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar uma das pesquisadoras responsáveis: Daniela Riva Knauth ou Luciana Barcellos Teixeira, pelo telefone: (51) 33085461. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode contatar o Sr. Vitto Giancristoforo dos Santos, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, no telefone 33572407.

Versão Aprovada em

19 ABR. 2010


Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

Declaração de consentimento:

Eu fui convidada e aceitei participar desta entrevista. Li as informações acima ou estas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de perguntar tudo que eu queria saber sobre o estudo e obtive respostas satisfatórias. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os risco e benefícios desses procedimentos.

Nome por extenso**Assinatura****Data****Versão Aprovada em**

19 ABR. 2010


Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO H: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está conduzindo a pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres no Contexto do HIV/Aids em Porto Alegre. Essa pesquisa está sendo realizada com mulheres entre 18 e 49 anos em vários serviços de saúde e tem por objetivo compreender as decisões reprodutivas e os comportamentos sexuais das mulheres. Após a conclusão do estudo serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma hora, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. A participação não terá nenhum custo financeiro para você.

Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído. Para garantir a qualidade da pesquisa, você poderá ser contatada posteriormente, através do telefone informado, por outro pesquisador do estudo. Neste contato serão confirmados alguns dados como idade, número de filhos, escolaridade, situação conjugal, a fim de garantir que a entrevista foi de fato realizada e os dados registrados corretamente. A confirmação destes dados com os da entrevista original serão realizadas pelos pesquisadores principais do estudo, pois somente estes têm a identificação dos participantes, garantindo a confidencialidade das informações.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta e mesmo depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável, Profa. Daniela Riva Knauth pelo telefone: (51) 33085461. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA no telefone 3359-8304.

Participante

Nome do Entrevistador

Assinatura

Assinatura

Data

Data

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA
VERSÃO APROVADA

_____/_____/_____

ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo no contexto do HIV/AIDS em Porto Alegre”. Essa pesquisa tem como objetivo “investigar as especificidades das mulheres vivendo com HIV/Aids no que concerne à saúde sexual e reprodutiva, comparando-as com mulheres soronegativas para o HIV”. O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas cidades.

A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

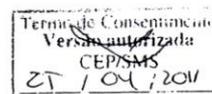
A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável, Profa. Daniela Knauth pelo telefone (51) 33085461, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde no telefone 32895517 / 91441379 .

Assinatura

Data

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (s) pesquisador (a) responsável.



ANEXO J - Questionário da Pesquisa
Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo no Contexto do HIV/Aids em
Porto Alegre

Identificação

1. Identificação

A resposta é obrigatória.

2. Data da entrevista

___/___/_____

A resposta deve ser compreendida entre 10/01/2011 e 31/08/2011.

A resposta é obrigatória.

3. Identificação do entrevistador

- 1. Ana Paula
- 2. Angélica
- 3. Camila
- 4. Cíntia
- 5. Déborah
- 6. Gabriela
- 7. Patrícia
- 8. Samantha
- 9. Vinício

A resposta é obrigatória.

4. Serviço de Saúde

- 1. Fêmeina
- 2. Hospital Nossa Senhora da Conceição
- 3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- 4. SAE Vila dos Comerciários
- 5. SAE IAPI
- 6. Dermatologia Sanitária
- 7. Hospital Sanatório Partenon
- 8. Hospital São Lucas
- 9. UBS
- 10. PSF
- 11. UBS GHC

A resposta é obrigatória.

5. Número do prontuário

A resposta é obrigatória.

Perfil sócio-demográfico

Vamos começar com algumas perguntas sobre quem você é e sobre sua família.

6. Qual a sua idade?

A resposta deve ser compreendida entre 18 e 49.

A resposta é obrigatória.

7. Qual a sua data de nascimento?

____/____/_____

A resposta deve ser compreendida entre 01/01/1961 e 31/12/1992.

A resposta é obrigatória.

8. Cidade onde mora:

- 1. Porto Alegre
- 2. Alvorada
- 3. Gravataí
- 4. Cachoeirinha
- 5. Viamão
- 6. Canoas
- 7. São Leopoldo
- 8. Esteio
- 9. Sapucaia
- 10. outra

A resposta é obrigatória.

9. Se 'outra', defina / defina :

10. Qual é sua cor:

- 1. branca
- 2. preta
- 3. parda
- 4. amarela (de origem asiática)
- 5. indígena
- 6. recusou-se a responder
- 7. não sabe

A resposta é obrigatória.

11. Você frequenta alguma religião, culto ou doutrina? (resposta estimulada)

- 1. não
- 2. sim, às vezes
- 3. sim, sempre

A resposta é obrigatória.

12. Atualmente, que religião, culto ou doutrina você frequenta?

- 1. católica
- 2. protestante
- 3. pentecostal (crente, evangélica)
- 4. espírita
- 5. umbanda, candomblé, batuque
- 6. judaica
- 7. não tem religião
- 8. nenhuma
- 9. mais de uma
- 10. outra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se freqrelig Valores "sim, às vezes ; sim, sempre"

13. Se 'outra', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se freqrelig Valores "sim, às vezes ; sim, sempre"

14. Sua mãe está viva?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não conheceu a mãe
- 4. não sabe/perdeu contato

A resposta é obrigatória.

15. Qual a idade dela?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

16. Qual é/era a escolaridade dela?

- 1. nunca freqüentou a escola
- 2. ensino fundamental incompleto
- 3. ensino fundamental completo
- 4. ensino médio incompleto
- 5. ensino médio completo
- 6. ensino técnico
- 7. superior incompleto
- 8. superior completo
- 9. pós-graduação
- 10. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

17. Quantos irmãos você tem, tirando você? (incluindo irmãos de criação)

00 para nenhum, 88 para não sabe/não lembra e 99 para NSA

18. Neste momento, você está casada ou vive com alguém?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

19. Tem/teve filhos?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

20. Com quem você mora?

- 1. sozinha
- 2. marido/companheiro
- 3. filho(a)(s)
- 4. filho(a)(s) do parceiro atual
- 5. pai
- 6. mãe
- 7. irmão(ã)(s)
- 8. outros familiares
- 9. familiares do marido/companheiro
- 10. outros

Você pode marcar diversas casas (9 no máximo).
A resposta é obrigatória.

21. Se 'outros', defina / defina :

A resposta é obrigatória.
A questão só é pertinente se comquemora = "outros"

22. O domicílio onde você reside é:

- 1. próprio
- 2. posse ou ocupação
- 3. alugado, cedido/emprestado
- 4. não sabe
- 5. outro

A resposta é obrigatória.

23. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.
A questão só é pertinente se domicilio = "outro"

24. Você tem parentes que moram perto de você?

- 1. sim
- 2. não
- 3. NSA

A resposta é obrigatória.

25. Quando você precisa de ajuda ou tem algum problema, você pode contar com seus parentes para lhe dar apoio?

- 1. sim, sempre
- 2. sim, às vezes, não
- 3. NSA

A resposta é obrigatória.
A questão só é pertinente se parentesperto = "sim"

Estudo e trabalho

Agora vamos falar um pouco sobre estudo e trabalho.

**26. Qual foi a última série que você concluiu com aprovação?
(o entrevistador deve classificar)**

- 1. nunca frequentou a escola
- 2. ensino fundamental incompleto
- 3. ensino fundamental completo
- 4. ensino médio incompleto
- 5. ensino médio completo
- 6. ensino técnico
- 7. superior incompleto
- 8. superior completo
- 9. pós-graduação
- 10. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

27. Você está trabalhando ou exercendo alguma atividade com rendimentos?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

28. Qual o tipo de vínculo que possui no seu trabalho: (resposta estimulada e única)

- 1. empregada com carteira assinada/contrato
- 2. empregada sem carteira assinada/contrato
- 3. autônoma/conta própria
- 4. empregadora
- 5. aprendiz ou estagiária com remuneração
- 6. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se trabalho = "sim"

29. Você possui alguma outra fonte de renda?

- 1. não
- 2. sim, auxílio doença
- 3. sim, aposentadoria
- 4. sim, pensão

A resposta é obrigatória.

30. Qual sua renda?

(preencher 00000 para pessoas sem renda)

31. Qual é a renda total da sua casa no mês?

(preencher 00000 para pessoas cuja casa não tem renda)

32. Você diria que o dinheiro que você coloca em casa é maior, menor ou igual à contribuição de seu marido/companheiro?

- 1. maior
- 2. menor
- 3. igual
- 4. não sabe
- 5. NSA (caso a entrevistada não tenha companheiro ou caso ela tenha respondido que não tem renda na pergunta anterior)

A resposta é obrigatória.

Parcerias afetivo-sexuais

Agora vamos passar para algumas questões sobre a sua vida íntima e seus relacionamentos (namoros, casamentos) e parceiro/a/s. Se você se sentir inibida ou não entender algum termo técnico, sinta-se à vontade para perguntar ou não responder.

33. Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?

Usar 00 para quem nunca teve relações, 88 para não sabe/não lembra e 99 para NSA. Se a entrevistada responder 00, agradeça da seguinte forma: "Como o objetivo da pesquisa é compreender as decisões das mulheres sobre saúde reprodutiva, agradecemos a sua p

34. A entrevistada relatou que sua primeira relação foi abuso sexual/estupro?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$

35. A pessoa com quem você teve a sua primeira relação sexual era: (resposta única e estimulada)

- 1. namorado/a
- 2. pessoa com quem você "ficou"
- 3. esposo ou companheiro/a
- 4. amigo
- 5. recusou-se a responder
- 6. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{estupro1rel} = \text{"não"}$

36. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{pessoa1rel} = \text{"outro"}$

37. Que idade tinha essa pessoa?

(88 para quem não sabe ou não lembra e 99 para |NSA)

38. Nessa relação, vocês usaram algum método para evitar a gravidez?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{estupro1rel} = \text{"não"}$

39. Qual o método que vocês usaram? (resposta espontânea)

- 1. camisinha
- 2. pílula anticoncepcional
- 3. camisinha e pílula anticoncepcional
- 4. injeção/implante
- 5. DIU
- 6. ligadura tubária
- 7. vasectomia
- 8. coito interrompido/gozar fora
- 9. tabelinha
- 10. usaram mais de um método anticoncepcional
- 11. não sabe/não lembra
- 12. NSA
- 13. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se estupro1rel = "não" e 1 <= idade1rel < 49 e metodo1rel = "sim"

40. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se estupro1rel = "não" e 1 <= idade1rel < 49 e metodo1rel = "sim" e qualmetodo1rel = "outro"

41. Vocês usaram camisinha nessa primeira relação?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se 1 <= idade1rel < 49 e estupro1rel = "não" e qualmetodo1rel # "camisinha"

42. Durante a sua vida sexual, suas relações sexuais foram:

- 1. só com homens
- 2. mais freqüentemente com homens, mas também com mulheres
- 3. igualmente com homens e mulheres
- 4. mais freqüentemente com mulheres, mas também com homens
- 5. só com mulheres
- 6. recusou-se a responder

Se a entrevistada responder que só teve relações com mulheres, agradeça da seguinte forma: "Como o objetivo da pesquisa é compreender as questões que cercam a reprodução, agradecemos a sua participação, pois as próximas questões tratam das experiências reprodutivas"

43. Qual o número de parceiros/as sexuais que você já teve na vida?

888 para não sabe/não lembra ou não lembra e 999 para NSA

44. Qual o número de parceiros/as sexuais que você teve nos últimos 12 meses?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

45. Alguma vez você já foi casada ou morou com um parceiro?

- 1. sim
- 2. não
- 3. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres"

46. Quantos casamentos/uniões (morar com um parceiro) você já teve?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

Parceiro da primeira união/casamento

Agora vamos falar sobre sua primeira união/casamento. Estamos considerando união/casamento ter morado com o/a parceiro/a na mesma casa por, no mínimo, um mês.

47. Na sua primeira união, seu (sua) parceiro (a) era:

- 1. homem
- 2. mulher

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jafocasada} = \text{"sim"}$

48. Quantos anos você tinha quando foi morar (casou) pela primeira vez com um parceiro?

88 para quem não sabe/não lembra e 99 para NSA

49. Quantos anos tinha o seu parceiro naquele momento?

888 para quem não sabe/não lembra e 999 para NSA

50. Qual foi a última série que seu companheiro da primeira união concluiu com aprovação? (o entrevistador deve classificar)

- 1. nunca frequentou a escola
- 2. ensino fundamental incompleto
- 3. ensino fundamental completo
- 4. ensino médio incompleto
- 5. ensino médio completo
- 6. ensino técnico
- 7. superior incompleto
- 8. superior completo
- 9. pós-graduação
- 10. sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jafoicasada} = \text{"sim"}$

51. Vocês ainda estão juntos?

- 1. sim
- 2. não
- 3. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jafoicasada} = \text{"sim"}$

52. Se não, o que aconteceu na época?

- 1. vocês se separaram
- 2. ele morreu
- 3. não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jafoicasada} = \text{"sim"}$ e $\text{aindajuntos1rel} = \text{"não"}$

53. Quanto tempo vocês ficaram/estão juntos?

000 para menos de um mês; 888 para não sabe/não lembra; 999 para NSA

54. Vocês usavam algum método para evitar a gravidez?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jafóicasada} = \text{"sim"}$

55. Vocês usavam algum método para evitar a gravidez?

- 1. camisinha
- 2. pílula anticoncepcional
- 3. camisinha e pílula anticoncepcional
- 4. injeção/implante
- 5. DIU
- 6. ligadura tubária
- 7. vasectomia
- 8. coito
- 9. interrompido/gozar fora
- 10. tabelinha
- 11. usaram mais de um método anticoncepcional
- 12. não sabe/não lembra
- 13. NSA
- 14. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jafóicasada} = \text{"sim"}$

56. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{qualmetodo1uniao} = \text{"outro"}$

57. Em relação à camisinha vocês: (resposta estimulada e única)

- 1. nunca usam
- 2. usam às vezes
- 3. sempre usam
- 4. não lembra
- 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jafocasada} = \text{"sim"}$ e $\text{qualmetodo1rel} \# \text{"camisinha"}$

58. Na época que você estava com esse parceiro, você chegou a ter outro relacionamento?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jafocasada} = \text{"sim"}$

Parceiro atual

Agora vamos falar um pouco sobre o/a parceiro/a com quem você está atualmente (marido, companheiro, namorado ou ficante).

59. Atualmente, você tem um relacionamento com alguém? (marido, companheiro, namorado, ficante)

- 1. sim
- 2. não
- 3. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$

60. Essa pessoa é homem ou mulher?

- 1. homem
- 2. mulher

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$

61. É o mesmo parceiro da primeira união?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$

62. Quantos anos tinha seu parceiro quando vocês iniciaram esse relacionamento?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

63. Qual foi a última série que seu parceiro atual concluiu com aprovação? (o entrevistador deve classificar)

- 1. nunca frequentou a escola
- 2. ensino fundamental incompleto
- 3. ensino fundamental completo
- 4. ensino médio incompleto
- 5. ensino médio completo
- 6. ensino técnico
- 7. superior incompleto
- 8. superior completo
- 9. pós-graduação
- 10. sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$

64. Há quanto tempo vocês estão juntos?

000 para menos de um mês, 888 para não sabe/não lembra; 999 para NSA

65. Vocês moram juntos?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$

66. Vocês usam algum método para evitar a gravidez?

- 1. sim
- 2. não
- 3. está grávida no momento
- 4. recusou-se a responder
- 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$

67. Qual o principal método que vocês usam? (resposta espontânea)

- 1. camisinha
- 2. pílula anticoncepcional
- 3. camisinha e pílula anticoncepcional
- 4. injeção/implante
- 5. DIU
- 6. ligadura tubária
- 7. vasectomia
- 8. coito
- 9. interrompido/gozar fora
- 10. tabelinha
- 11. usaram mais de um método anticoncepcional
- 12. não sabe/não lembra
- 13. NSA
- 14. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$ e $\text{metodorelatual} = \text{"sim"}$

68. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{qualmetodoatual} = \text{"outro"}$

69. Em relação à camisinha vocês: (resposta estimulada e única)

- 1. nunca usam
- 2. usam às vezes
- 3. sempre usam
- 4. não lembra/ não quis responder

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$ e $\text{qualmetodoatual} \# \text{"camisinha"}$

70. O seu parceiro atual fez teste para o HIV?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$

71. Você sabe quando foi a última vez que ele fez o teste para HIV?

000 para menos de um mês, 888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

72. Você sabe qual o resultado desse último teste?

- 1. sim, ele é HIV positivo
- 2. sim, ele é HIV negativo
- 3. não
- 4. recusou-se a responder

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$ e $\text{parcatualtestehiv} = \text{"sim"}$

Última relação sexual

Agora vamos falar um pouco sobre a sua última relação sexual.

73. Há quanto tempo aconteceu sua última relação sexual?

000 para menos de um dia, 888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

74. Essa pessoa é:

- 1. homem
- 2. mulher

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$

75. Quem era esse/a parceiro/a? (resposta estimulada e única)

- 1. seu/sua parceiro/a atual
- 2. ex-namorado/a / ex-marido
- 3. um/uma parceiro/a eventual
- 4. outro/a

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{parcultimarele} = \text{"homem"}$

76. Se 'outro/a', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se parculimarel = "outro/a"

77. Vocês usaram algum método para evitar a gravidez?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e parculimarele = "homem"

78. Que método usaram para evitar a gravidez? (resposta espontânea)

- 1. camisinha
- 2. pílula anticoncepcional
- 3. camisinha e pílula anticoncepcional
- 4. injeção/implante
- 5. DIU
- 6. ligadura tubária
- 7. vasectomia
- 8. coito
- 9. interrompido/gozar fora
- 10. tabelinha
- 11. usaram mais de um método anticoncepcional
- 12. não sabe/não lembra
- 13. NSA
- 14. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e parculimarele = "homem" e metodoultimarel = "sim"

79. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se qualmetodoultimarel = "outro"

80. Nessa última relação, vocês usaram camisinha?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{parcultiimarele} = \text{"homem"}$ e $\text{qualmetodoultimarel} \# \text{"camisinha"}$

Gravidez e desdobramentos

Vamos falar agora sobre gravidez e filhos.

81. Você está grávida nesse momento?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe
- 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$

82. Você já esteve grávida? Considere, inclusive, qualquer gravidez mesmo que não tenha tido uma criança viva.

- 1. sim
- 2. nunca
- 3. não, essa é a primeira vez
- 4. recusou-se a responder
- 5. não sabe
- 6. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$

83. Quantas vezes vocês engravidou? (contando a gravidez atual, caso a entrevistada esteja grávida)

77 para recusou-se a responder; 88 não sabe/não lembra e 99 para NSA

84. A entrevistada engravidou antes do diagnóstico de HIV?

1. sim
 2. não

888 não sabe/não lembra e 999 para NSA

Primeira gravidez (antes do diagnóstico)

Vamos conversar um pouco sobre a primeira vez em que você engravidou, mesmo que essa gravidez tenha resultado em aborto ou que você ainda esteja grávida no momento.

85. Na sua primeira gravidez, que idade tinha seu parceiro?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

86. Antes de saber que estava grávida, você: (resposta estimulada e única)

1. estava tentando engravidar
 2. não queria engravidar
 3. não pensava no assunto
 4. não sabe/não lembra
 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e jaestevegrávida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e $\text{gravidezantesdiag} = \text{"sim"}$

87. No primeiro ano após essa gestação, você usava/usa qual método para evitar gravidez:

- 1. nenhum
- 2. camisinha/preservativo
- 3. pílula anticoncepcional
- 4. pílula e camisinha
- 5. injeção/implante
- 6. DIU
- 7. ligadura tubária
- 8. coito interrompido/gozar fora
- 9. tabelinha
- 10. usou mais de um método anticoncepcional
- 11. não sabe
- 12. NSA (para aquelas em que a gravidez ainda está em curso)
- 13. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegrávida} = \text{"sim"}$ e $\text{gravidezantesdiag} = \text{"sim"}$

88. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{metodo1grav} = \text{"outro"}$

89. A entrevistada engravidou após saber que tinha o vírus HIV?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e jaestevegrávida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospita

Primeira gravidez após o diagnóstico

Agora vamos conversar um pouco sobre a primeira vez em que você ficou grávida após o diagnóstico de HIV, mesmo que essa gravidez tenha resultado em aborto ou que você ainda esteja grávida no momento.

90. Nessa primeira gravidez após o diagnóstico, que idade tinha seu parceiro?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

91. Antes de saber que estava grávida, nessa primeira gravidez após o diagnóstico, você: (resposta estimulada e única)

- 1. estava tentando engravidar
- 2. queria engravidar, porém mais tarde
- 3. não queria engravidar
- 4. não pensava no assunto
- 5. não sabe/não lembra
- 6. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{gravidesaaposdiag} = \text{"sim"}$ e jaestevegravida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa S

92. No primeiro ano após a gestação do diagnóstico ou da primeira gestação pós-diagnóstico, você usava/usa qual método para evitar gravidez:

- 1. nenhum
- 2. camisinha/preservativo
- 3. pílula anticoncepcional
- 4. pílula e camisinha
- 5. injeção/implante
- 6. DIU
- 7. ligadura tubária
- 8. coito interrompido/gozar fora
- 9. tabelinha
- 10. usou mais de um método anticoncepcional
- 11. não sabe
- 12. NSA (para aquelas em que a gravidez ainda está em curso)
- 13. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{gravidesaaposdiag} = \text{"sim"}$ e jaestevegravida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa S

93. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{metodogravdiag} = \text{"outro"}$

94. Durante esta gravidez você utilizou algum remédio para o HIV/antirretroviral?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra
- 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{gravidesaposdiag} = \text{"sim"}$ e jaestevegravida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa S

95. No momento do parto, dessa primeira gestação após diagnóstico ou dessa gestação em que você ficou sabendo do diagnóstico de HIV, você recebeu medicação para o HIV?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra
- 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{gravidesaposdiag} = \text{"sim"}$ e jaestevegravida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa S

96. A entrevistada teve mais alguma gravidez? (se sim, preencha as questões seguintes com informações sobre o último relato de gravidez)

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{gravidesaposdiag} = \text{"sim"}$ e jaestevegravida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa S

Última gravidez

Agora vamos falar sobre a última vez em que você engravidou, mesmo que essa gravidez tenha resultado em aborto ou que você ainda esteja grávida no momento.

97. Que idade tinha seu parceiro nessa última gravidez?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

98. Antes de saber dessa última gestação, você: (resposta única e estimulada)

- 1. estava tentando engravidar
- 2. queria engravidar, porém mais tarde
- 3. não queria engravidar
- 4. não pensava no assunto
- 5. não sabe/não lembra
- 6. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{gravidesaposdiag} = \text{"sim"}$ e $\text{maisgrav} = \text{"sim"}$ e jaestevegravid Valores "sim ; não, essa é a primeira vez"

99. No primeiro ano após essa última gestação, você usava/usa qual método para evitar gravidez:

- 1. nenhum
- 2. camisinha/preservativo
- 3. pílula anticoncepcional
- 4. pílula e camisinha
- 5. injeção/implante
- 6. DIU
- 7. ligadura tubária
- 8. coito interrompido/gozar fora
- 9. tabelinha
- 10. usou mais de um método anticoncepcional
- 11. não sabe
- 12. NSA (para aquelas em que a gravidez ainda está em curso)
- 13. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{gravidesaposdiag} = \text{"sim"}$ e $\text{maisgrav} = \text{"sim"}$ e jaestevegravid Valores "sim ; não, essa é a primeira vez"

100. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{metodoultgrav} = \text{"outro"}$

101. Durante esta gravidez você utilizou algum remédio para o HIV/antirretroviral?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não tinha vírus/não sabia que era portadora
- 4. recusou-se a responder
- 5. não sabe/não lembra
- 6. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e jaestevegrávida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e $\text{maisgrav} =$ "sim" e $\text{gravidessaposdiag} =$ "sim" e servico Valores "Fêmi"

102. E no momento do parto dessa última gestação, recebeu medicação para o HIV?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não tinha o vírus/não sabia que era portadora
- 4. recusou-se a responder
- 5. não sabe/não lembra
- 6. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e jaestevegrávida Valores "sim ; não, essa é a primeira vez" e $\text{gravidessaposdiag} =$ "sim" e $\text{maisgrav} =$ "sim" e servico Valores "Fêmi"

103. A entrevistada tem relato de aborto provocado?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegrávida} =$ "sim"

104. A entrevistada tem relato de aborto anterior ao diagnóstico de HIV?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegrávida} =$ "sim" e $\text{temaborto} =$ "sim" e servico Valores "Fêmina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas"

Primeiro aborto provocado (antes do diagnóstico)

Vamos conversar sobre a sua experiência do primeiro aborto.

105. Que idade tinha o parceiro de quem você engravidou nessa relação que resultou em aborto?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

106. Quem ele era: (resposta estimulada e única)

- 1. esposo/companheiro
- 2. namorado
- 3. ficante/parceiro eventual
- 4. não lembra
- 5. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se jaestevegravidada = "sim" e temaborto = "sim" e abortoantesdiag = "sim" e 1 <= idade1rel < 49 e relacoesforamcom # "só com mulheres"

107. Onde o aborto foi realizado: (resposta estimulada e única)

- 1. em um consultório particular
- 2. em uma clínica de aborto
- 3. na sua casa
- 4. numa aborteira/parteira
- 5. num hospital
- 6. recusou-se a responder
- 7. não sabe/não lembra
- 8. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se relacoesforamcom = "só com mulheres" e 1 <= idade1rel < 49 e jaestevegravidada = "sim" e temaborto = "sim" e abortoantesdiag = "sim"

108. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se onde1aborto = "outro"

109. Como o aborto foi realizado? (resposta estimulada e única)

- 1. Cytotec (Prostokos, misoprostol, pílula abortiva, comprimidos abortivos)
- 2. vácuo, aspiração
- 3. curetagem
- 4. chás e infusões
- 5. uso de objetos domésticos
- 6. medicamentos (exceto cytotec)
- 7. Cytotec e outro método
- 8. recusou-se a responder
- 9. não lembra
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoantesdiag} = \text{"sim"}$

110. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{comofez1aborto} = \text{"outro"}$

111. Você precisou procurar algum serviço de saúde por causa do aborto?

- 1. sim e foi atendida
- 2. sim, mas não foi atendida
- 3. não procurou
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoantesdiag} = \text{"sim"}$

112. Que tipo de serviço de saúde procurou primeiro?

- 1. posto/centro de saúde
- 2. hospital público
- 3. hospital/clínica particular
- 4. consultório médico particular
- 5. não lembra
- 6. recusou-se a responder
- 7. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoantesdiag} = \text{"sim"}$

113. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se qualservico1aborto = "outro"

114. Como você foi o atendimento neste local?

- 1. bom
- 2. regular
- 3. ruim

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se 1 <= idade1rel < 49 e relacoesforamcom # "só com mulheres" e grvidaagora = "sim" e temaborto = "sim" e abortoantesdiag = "sim"

115. Durante esse atendimento, você se sentiu maltratada ou humilhada por algum profissional de saúde pelo fato de você ter feito um aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se 1 <= idade1rel < 49 e relacoesforamcom # "só com mulheres" e jaestevegrvida = "sim" e temaborto = "sim" e abortoantesdiag = "sim"

116. A iniciativa desse aborto foi: (resposta estimulada e única)

- 1. sua
- 2. do seu parceiro
- 3. sua e do seu parceiro
- 4. dos seus familiares
- 5. dos familiares do parceiro
- 6. sua e dos seus familiares
- 7. sua e dos familiares do parceiro
- 8. recusou-se a responder
- 9. não sabe/não lembra
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se 1 <= idade1rel < 49 e relacoesforamcom # "só com mulheres" e jaestevegrvida = "sim" e temaborto = "sim" e abortoantesdiag = "sim"

117. Entre as seguintes alternativas, qual foi o principal motivo que pesou na sua decisão de fazer um aborto:

- 1. você e seu parceiro não eram casados/não estavam morando junto
- 2. você e/ou seu parceiro não tinham condições financeiras para sustentar uma criança
- 3. seus familiares e/ou os familiares de seu parceiro não aceitaram/aceitariam a gravidez
- 4. você e/ou seu parceiro não queria/queriam filhos no momento
- 5. recusou-se a responder
- 6. não lembra
- 7. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoantesdiag} = \text{"sim"}$

118. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoantesdiag} = \text{"sim"}$ e $\text{motivo1aborto} = \text{"outro"}$

119. Você contou para o seu médico (ginecologista/médico de família, infectologista?) sobre este aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoantesdiag} = \text{"sim"}$

120. A entrevistada teve aborto após o diagnóstico?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{servico} \text{ Valores "Fêmima ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas"}$

Primeiro aborto provocado após o diagnóstico

Vamos conversar sobre a sua experiência do primeiro aborto após o diagnóstico.

121. Que idade tinha o parceiro de quem você engravidou nessa relação que resultou em aborto?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

122. Quem ele era: (resposta estimulada e única)

- 1. esposo/companheiro
- 2. namorado
- 3. ficante/parceiro eventual
- 4. não lembra
- 5. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

123. Onde o aborto foi realizado: (resposta estimulada e única)

- 1. em um consultório particular
- 2. em uma clínica de aborto
- 3. na sua casa
- 4. numa aborteira/parteira
- 5. num hospital
- 6. recusou-se a responder
- 7. não sabe/não lembra
- 8. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

124. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{ondeabortodiag} = \text{"outro"}$

125. Como o aborto foi realizado? (resposta estimulada e única)

- 1. Cytotec (Prostokos, misoprostol, pílula abortiva, comprimidos abortivos)
- 2. vácuo, aspiração
- 3. curetagem
- 4. chás e infusões
- 5. uso de objetos domésticos
- 6. medicamentos (exceto cytotec)
- 7. Cytotec e outro método
- 8. recusou-se a responder
- 9. não lembra
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

126. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{comofezabortodiag} = \text{"outro"}$

127. Você precisou procurar algum serviço de saúde por causa do aborto?

- 1. sim e foi atendida
- 2. sim, mas não foi atendida
- 3. não procurou
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas

128. Que tipo de serviço de saúde procurou primeiro?

- 1. posto/centro de saúde
- 2. hospital público
- 3. hospital/clínica particular
- 4. consultório médico particular
- 5. não lembra
- 6. recusou-se a responder
- 7. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

129. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{qualservicoabortodiag} = \text{"outro"}$

130. Como você foi o atendimento neste local?

- 1. bom
- 2. regular
- 3. ruim

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

131. Durante esse atendimento, você se sentiu maltratada ou humilhada por algum profissional de saúde pelo fato de você ter feito um aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

132. A iniciativa desse aborto foi: (resposta estimulada e única)

- 1. sua
- 2. do seu parceiro
- 3. sua e do seu parceiro
- 4. dos seus familiares
- 5. dos familiares do parceiro
- 6. sua e dos seus familiares
- 7. sua e dos familiares do parceiro
- 8. recusou-se a responder
- 9. não sabe/não lembra
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

133. Entre as seguintes alternativas, qual foi o principal motivo que pesou na sua decisão de fazer um aborto:

- 1. o fato de você ser portadora do vírus
- 2. você e seu parceiro não eram casados/não estavam morando junto
- 3. você e/ou seu parceiro não tinham condições financeiras para sustentar uma criança
- 4. seus familiares e/ou os familiares de seu parceiro não aceitaram/aceitariam a gravidez
- 5. você e/ou seu parceiro não queria/queriam filhos no momento
- 6. recusou-se a responder
- 7. não lembra
- 8. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

134. Você contou para o seu médico (ginecologista/médico de família, infectologista?) sobre este aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conce

135. A entrevistada teve mais algum relato de aborto? (se sim, preencha as questões seguintes com informações sobre o último relato de aborto)

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{abortoaposdiag} = \text{"sim"}$

Último aborto provocado

Vamos conversar sobre a sua experiência do último aborto.

136. Que idade tinha o parceiro de quem você engravidou nessa relação que resultou em aborto?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

137. Quem ele era: (resposta estimulada e única)

- 1. esposo/companheiro
- 2. namorado
- 3. ficante/parceiro eventual
- 4. não lembra
- 5. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegrávida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$

138. Onde o aborto foi realizado: (resposta estimulada e única)

- 1. em um consultório particular
- 2. em uma clínica de aborto
- 3. na sua casa
- 4. numa aborteira/parteira
- 5. num hospital
- 6. recusou-se a responder
- 7. não sabe/não lembra
- 8. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegrávida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"sim"}$

139. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{ondeultaborto} = \text{"outro"}$

140. Como o aborto foi realizado? (resposta estimulada e única)

- 1. Cytotec (Prostokos, misoprostol, pílula abortiva, comprimidos abortivos)
- 2. vácuo, aspiração
- 3. curetagem
- 4. chás e infusões
- 5. uso de objetos domésticos
- 6. medicamentos (exceto cytotec)
- 7. Cytotec e outro método
- 8. recusou-se a responder
- 9. não lembra
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$

141. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{comofezultaborto} = \text{"outro"}$

142. Você precisou procurar algum serviço de saúde por causa do aborto?

- 1. sim e foi atendida
- 2. sim, mas não foi atendida
- 3. não procurou
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$

143. Que tipo de serviço de saúde procurou primeiro?

- 1. posto/centro de saúde
- 2. hospital público
- 3. hospital/clínica particular
- 4. consultório médico particular
- 5. não lembra
- 6. recusou-se a responder
- 7. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$

144. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{qualservicoultaborto} = \text{"outro"}$

145. Como você foi o atendimento neste local?

- 1. bom
- 2. regular
- 3. ruim

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$

146. Durante esse atendimento, você se sentiu maltratada ou humilhada por algum profissional de saúde pelo fato de você ter feito um aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$

147. A iniciativa desse aborto foi: (resposta estimulada e única)

- 1. sua
- 2. do seu parceiro
- 3. sua e do seu parceiro
- 4. dos seus familiares
- 5. dos familiares do parceiro
- 6. sua e dos seus familiares
- 7. sua e dos familiares do parceiro
- 8. recusou-se a responder
- 9. não sabe/não lembra
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravidada} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"sim"}$

148. Entre as seguintes alternativas, qual foi o principal motivo que pesou na sua decisão de fazer um aborto:

- 1. o fato de você ser portadora do vírus
- 2. você e seu parceiro não eram casados/não estavam morando junto
- 3. você e/ou seu parceiro não tinham condições financeiras para sustentar uma criança
- 4. seus familiares e/ou os familiares de seu parceiro não aceitaram/aceitariam a gravidez
- 5. você e/ou seu parceiro não queria/queriam filhos no momento
- 6. recusou-se a responder
- 7. não lembra
- 8. outro

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$

149. Se 'outro', defina / defina :

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$ e $\text{motivoultaborto} = \text{"outro"}$

150. Você contou para o seu médico (ginecologista/médico de família, infectologista?) sobre este aborto?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{jaestevegravida} = \text{"sim"}$ e $\text{temaborto} = \text{"sim"}$ e $\text{maisaborto} = \text{"não"}$

151. Você já fez teste para HIV?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{servico} \# \text{"Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE IAPI"}$

152. Quando foi a última vez que fez o teste?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

153. Qual foi o resultado desse último teste?

- 1. positivo
- 2. negativo
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{testehiv} =$ "sim" e $\text{servico} \#$ "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Com

Sobre o HIV

Agora vamos falar um pouco sobre o diagnóstico de HIV

154. Que idade você tinha quando soube que era portadora do vírus da Aids?

88 para não sabe/não lembra e 99 para NSA

155. Qual o mês e o ano do diagnóstico?

___ / ___ / _____

A resposta deve ser compreendida entre 01/1961 e 12/1992.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de

156. Na época por que você fez o teste para HIV?

- 1. estava grávida e o médico pediu
- 2. por iniciativa própria/por "rotina"
- 3. tive relações sexuais desprotegidas
- 4. meu parceiro ficou doente
- 5. eu fiquei doente, médico pediu
- 6. outros

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE

157. Onde você fez o teste de HIV?

- 1. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)
- 2. Posto de Saúde
- 3. Hospital público
- 4. Hospital ou clínica particular (privado)
- 5. não sabe/não lembra
- 6. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE

158. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{ondefezhiv} = \text{"outro"}$

159. Quando você fez o teste para o HIV, recebeu alguma informação sobre HIV/Aids dos profissionais que a atenderam?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE

160. Sobre as informações recebidas quando você foi testada, você: (resposta estimulada)

- 1. entendeu todas elas
- 2. entendeu parte delas
- 3. acha que a explicação foi bastante complicada
- 4. recusou-se a responder
- 5. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon.

161. De que forma você acha que adquiriu o vírus?

- 1. através de relação sexual
- 2. através do uso de drogas injetáveis
- 3. por transmissão vertical
- 4. por transfusão de sangue
- 5. recusou-se a responder
- 6. não sabe/não lembra
- 7. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE

162. Você trabalhava na época em que soube ser portadora do vírus da Aids?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE

163. Quando você soube ser portadora do vírus da Aids, você contou para alguém?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE

164. Para quais pessoas você contou quando soube do diagnóstico? (múltipla escolha)

- 1. pai
- 2. mãe
- 3. irmão/irmã
- 4. filho(a)
- 5. outros familiares
- 6. amigo(a)(s)
- 7. colegas de trabalho
- 8. chefe ou patrão
- 9. outro

Você pode marcar diversas casas (8 no máximo).

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas d

165. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{paraquemcontou} = \text{"outro"}$

Sobre o/a parceiro/a da época do diagnóstico

Vamos falar agora sobre seu relacionamento (casamento, união, namoro, pessoa com quem você ficava) à época do diagnóstico.

166. Quando você recebeu o diagnóstico, você tinha algum parceiro sexual?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE

167. Esse parceiro é/era:

- 1. o parceiro da primeira união
- 2. o parceiro atual
- 3. outro parceiro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciários ; SAE

168. Você considera esse parceiro:

- 1. fixo/estável
- 2. ocasional/eventual
- 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{parcepocadiag} = \text{"sim"}$ e $\text{parcera} \#$ "o parceiro da primeira união ; o parceiro atual"

169. Quantos anos você tinha quando iniciou esse relacionamento?

88 para não sabe/não lembra

170. Quantos anos tinha o seu parceiro naquele momento?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

171. Quanto tempo durou esse relacionamento?

000 para menos de um mês, 888 para não sabe/não lembra e 999 para NSS

172. Vocês não estão mais juntos porque:

- 1. vocês se separaram
- 2. ele morreu
- 3. não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{servico} \text{Valores}$ "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon"

173. Vocês chegaram a morar juntos?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{servico} \text{Valores}$ "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon"

174. Vocês usam algum método para evitar a gravidez?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

175. Qual o principal método que vocês usam? (resposta espontânea)

- 1. camisinha
- 2. pílula anticoncepcional
- 3. camisinha e pílula anticoncepcional
- 4. injeção/implante
- 5. DIU
- 6. ligadura tubária
- 7. vasectomia
- 8. coito
- 9. interrompido/gozar fora
- 10. tabelinha
- 11. usaram mais de um método anticoncepcional
- 12. não sabe/não lembra
- 13. NSA
- 14. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

176. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se qualmetodorehiv = "outro"

177. Em relação à camisinha vocês: (resposta estimulada e única)

- 1. nunca usam
- 2. usam às vezes
- 3. sempre usam
- 4. não lembra/ não quis responder

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

178. Você contou para este parceiro que é portadora do HIV?

- 1. sim
- 2. não
- 3. foi ele quem contou que era portador
- 4. recusou-se a responder
- 5. não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

179. O seu parceiro da época do diagnóstico fez teste para o HIV?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

180. Você sabe qual o resultado desse último teste?

- 1. sim, ele é/era HIV positivo
- 2. sim, ele é/era HIV negativo
- 3. não
- 4. recusou-se a responder

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon ; ..

181. Você acha que se infectou com esse parceiro?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

Situação atual

Agora vamos falar um pouco sobre sua situação atual.

182. Atualmente você usa alguma medicação para o HIV/Aids?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

183. Atualmente, tem mais alguém na sua casa que é portador do vírus do HIV?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

184. Quem é essa pessoa?

- 1. pai
- 2. mãe
- 3. esposo/companheiro/namorado
- 4. filho/a
- 5. irmã/ão
- 6. outro

Você pode marcar diversas casas (5 no máximo).

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatolo

185. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se quemmaishiv = "outro"

186. Você contou para este parceiro que é portadora do HIV?

- 1. sim
- 2. não
- 3. foi ele quem contou que era portador
- 4. recusou-se a responder
- 5. não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{atualcomalguem} = \text{"sim"}$ e $\text{parceiroatuale} = \text{"homem"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de CI

187. Para quem (mais) você contou que era portadora do HIV?

- 1. ninguém sabe
- 2. pai
- 3. mãe
- 4. irmão/irmã
- 5. outros familiares
- 6. amigo(a)(s)
- 7. colegas de trabalho
- 8. chefe ou patrão
- 9. não sabe/não lembra
- 10. NSA
- 11. outro

Você pode marcar diversas casas (2 no máximo).

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e servico Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas d

188. Se 'outro', defina:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{contoupraquemmais} = \text{"outro"}$

Mudanças na vida sexual depois do diagnóstico

Agora vamos conversar sobre algumas mudanças que podem ou não ter acontecido na sua vida sexual depois do diagnóstico de HIV.

189. Depois que você soube que era HIV positiva, a sua vontade de ter relações sexuais:

- 1. aumentou
- 2. diminuiu
- 3. continuou igual
- 4. você parou de ter relações
- 5. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

190. Depois que você soube que era HIV positiva, o prazer nas relações sexuais:

- 1. aumentou
- 2. diminuiu
- 3. continuou igual
- 4. você parou de ter relações
- 5. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

191. Depois que você soube que era HIV positiva, o número de relações sexuais:

- 1. aumentou
- 2. diminuiu
- 3. continuou igual
- 4. você parou de ter relações
- 5. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

192. Depois que você soube que era HIV positiva, o uso de camisinha nas relações sexuais:

- 1. aumentou
- 2. diminuiu
- 3. continuou igual
- 4. você parou de ter relações
- 5. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

Violência relacionada ao diagnóstico

Agora vamos conversar sobre algum tipo de violência que pode ou não ter acontecido com você e que esteja ligada ao diagnóstico de HIV.

193. Você já passou por algum tipo de agressão verbal (ofensas) por ser HIV positiva?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

194. Quem era essa pessoa que lhe ofendeu?

- 1. pai
- 2. mãe
- 3. parceiro íntimo
- 4. colega/s de trabalho
- 5. chefe
- 6. profissional de saúde
- 7. desconhecido
- 8. recusou-se a responder
- 9. não sabe/não lembra
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

195. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se quemofendeu hiv = "outro"

196. Você já passou por algum tipo de agressão física por ser HIV positiva?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

197. Quem era essa pessoa que lhe agrediu?

- 1. pai
- 2. mãe
- 3. parceiro íntimo
- 4. colega/s de trabalho
- 5. chefe
- 6. profissional de saúde
- 7. desconhecido
- 8. recusou-se a responder
- 9. não sabe/não lembra
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

198. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se quemagrediu hiv = "outro"

199. Você já se sentiu discriminada dentro de algum serviço de saúde por ser portadora do vírus?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

200. De que forma você se sentiu discriminada?

- 1. através de ofensa verbal
- 2. através de tratamento desigual
- 3. você não recebeu informações, mesmo tendo solicitado
- 4. recusou-se a responder
- 5. não sabe/não lembra
- 6. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

201. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se formadiscriminacao = "outro"

Intenção de ter filhos e laqueadura

Agora vamos falar um pouco sobre seus planos sobre ter filhos ou ter mais filhos.

202. Você quer ter filhos (ou outros filhos)?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

203. Por que você não quer ter filhos (ou mais filhos)?

- 1. porque nunca quis ter filhos
- 2. já tem o número desejado de filhos
- 3. por ser portadora do vírus HIV/por medo de transmitir o vírus ao bebê
- 4. por estar sem companheiro
- 5. por falta de condições socioeconômicas
- 6. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

204. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se pçnaoquerfilhoshiv = "outro"

205. Você falou sobre seu desejo de engravidar no serviço de saúde?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra
- 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

206. Que tipo de orientação você recebeu do serviço (múltipla escolha)

- 1. não recebeu nenhuma orientação
- 2. orientações para redução de carga viral antes da gravidez
- 3. orientações sobre período fértil
- 4. inseminação caseira (com seringa)
- 5. novas tecnologias reprodutivas (inseminação médica, fertilização in vitro)
- 6. recomendação de não engravidar

Você pode marcar diversas casas (4 no máximo).

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço Valores "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatolo

207. Você quer ter filhos (ou outros filhos)?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço # "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

208. Por que você não quer ter filhos (ou mais filhos)?

- 1. porque nunca quis ter filhos
- 2. já tem o número desejado de filhos
- 3. por estar sem companheiro
- 4. por falta de condições socioeconômicas
- 5. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se serviço # "Fêmeina ; Hospital Nossa Senhora da Conceição ; Hospital de Clínicas de Porto Alegre ; SAE Vila dos Comerciantes ; SAE IAPI ; Dermatologia Sanitária ; Hospital Sanatório Partenon

209. Você fez uma ligadura de trompas?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq idade1rel < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

210. Em que momento você fez essa ligadura:

- 1. durante o parto cesáreo
- 2. logo após o parto
- 3. em outro momento
- 4. não lembra
- 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq idade1rel < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e ligadura = "sim" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

211. Essa ligadura foi feita:

- 1. antes do diagnóstico de HIV
- 2. depois do diagnóstico de HIV
- 3. não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{ligadura} =$ "sim" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

212. Você gostaria de fazer uma ligadura de trompas?

- 1. sim
- 2. não
- 3. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{ligadura} =$ "não" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

213. Você já procurou informações, no serviço de saúde onde consulta, sobre ligadura de trompas ou sobre vasectomia?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{ligadura} =$ "não" e $\text{gostarialaqueadura} =$ "sim" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

214. Nessa ocasião, o serviço de saúde:

- 1. esclareceu suas dúvidas
- 2. indicou outro serviço que realiza esse tipo de procedimento
- 3. não esclareceu suas dúvidas
- 4. não sabe/não lembra
- 5. NSA
- 6. outros

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{ligadura} =$ "não" e $\text{gostarialaqueadura} =$ "sim" e $\text{infoligadura} =$ "sim" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder"

215. Se 'outros', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se servicoligadura = "outros"

216. Você já falou para o seu médico que você gostaria de fazer a ligadura de trompas?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e ligadura = "não" e gostariaaqueadura = "sim" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

217. Você já deu encaminhamento aos papéis para a realização da ligadura?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e ligadura = "não" e gostariaaqueadura = "sim" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

218. Onde você pretende fazer a ligadura?

- 1. em hospital público
- 2. em hospital privado
- 3. não sabe
- 4. NSA
- 5. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e ligadura = "não" e gostariaaqueadura = "sim" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

219. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se ondeligadura = "outro"

220. Quando você gostaria de fazer a ligadura de trompas?

- 1. em uma próxima cesárea
- 2. logo após um parto normal
- 3. não sabe
- 4. NSA
- 5. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{ligadura} =$ "não" e $\text{gostariaaqueadura} =$ "sim" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

221. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{qdoquerfazerligadura} =$ "outro"

222. Você gostaria de já ter feito a ligadura antes?

- 1. sim
- 2. não
- 3. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{ligadura} =$ "não" e $\text{gostariaaqueadura} =$ "sim" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

223. Por que não fez? (principal motivo)

- 1. aguarda chamada pelo serviço
- 2. decidiu que não queria a ligadura no momento
- 3. porque não tinha dinheiro para pagar
- 4. porque era jovem
- 5. porque tinha poucos filhos
- 6. porque era jovem e tinha poucos filhos
- 7. porque o médico se recusou (não deu razão)
- 8. porque ainda não
- 9. NSA
- 10. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{ligadura} =$ "não" e $\text{gostariaaqueadura} =$ "sim" e $\text{queriaterfeito} =$ "sim" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder"

224. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se pqnaofezligadura = "outro"

Violência

Vamos conversar um pouco sobre situações de violência que podem ou não ter acontecido com você.

225. Alguma vez na vida, você teve relações sexuais contra a sua vontade?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a respond

226. Na última vez que isso aconteceu, quantos anos você tinha?

88 para não sabe/não lembra e 99 para NSA

227. E quantos anos tinha essa pessoa?

888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

228. Esta pessoa era:

- 1. parceiro/companheiro/namorado
- 2. amigo
- 3. desconhecido
- 4. familiar/parente
- 5. conhecido
- 6. não sabe/não lembra
- 7. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e relcontra = "sim"

229. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se perpetradora = "outro"

230. Alguma vez algum parceiro se recusou a usar camisinha?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se relacoesforamcom # "só com mulheres" e $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

231. Quando isso aconteceu pela última vez, quem era seu parceiro?

- 1. parceiro da primeira relação sexual
- 2. parceiro da primeira união
- 3. parceiro da época do diagnóstico de HIV
- 4. parceiro da atual união
- 5. outra união

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e parcserecusou = "sim"

232. De que maneiras ele demonstrou para você que não aprovava o uso de camisinha?

- 1. falou que não aprovava
- 2. gritou/ ficou com raiva
- 3. ameaçou lhe bater
- 4. ameaçou lhe largar/ lhe pôr pra fora de casa
- 5. lhe bateu/ lhe agrediu
- 6. pegou ou destruiu o método
- 7. acusou você de ser infiel/ de não ser uma boa mulher
- 8. riu de você/ não levou você a sério
- 9. disse que não era necessário
- 10. não sabe/não lembra
- 11. NSA
- 12. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e parcserecusou = "sim"

233. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se comodemonstrou = "outro"

234. Algum parceiro tratou você, alguma vez, da seguinte forma:

- 1. ofendeu você?
- 2. humilhou você diante de outras pessoas?
- 3. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?
- 4. Ameaçou machucar você ou alguém de quem você gosta?
- 5. Deu um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?
- 6. Empurrou ou sacudiu você de forma agressiva?
- 7. Deu um soco, chute ou bateu em você com algum objeto?
- 8. Queimou você de propósito?
- 9. Usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?
- 10. nenhuma das anteriores

Você pode marcar diversas casas (9 no máximo).

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

235. Na sua vida, quantas vezes você já foi agredida fisicamente por um parceiro (atual ou anteriores)?

- 1. nunca
- 2. uma ou duas vezes
- 3. algumas vezes
- 4. muitas vezes

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

236. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e agressao Valores "uma ou duas vezes ; algumas vezes"

237. Com quem você conversou sobre a violência física/sexual sofrida?

- 1. ninguém
- 2. amigos
- 3. pais
- 4. irmão/irmã
- 5. tio/tia
- 6. família do marido/companheiro
- 7. filhos
- 8. vizinhos
- 9. policial
- 10. médico/profissional de saúde
- 11. padre/líder religioso
- 12. psicólogo
- 13. ONG/ organização de mulheres
- 14. líder local
- 15. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{relcontra} =$ "sim" ou $\text{agressao} \text{ Valores "uma ou duas}$

238. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{conversouviolencia} =$ "outro"

Uso de drogas e DSTs

Vamos falar agora sobre algumas experiências de vida.

239. Você já utilizou alguma destas drogas? (múltipla escolha)

- 1. não utilizou nenhum tipo de droga
- 2. maconha
- 3. cocaína
- 4. crack/merla
- 5. anfetamina (rebite, boleta)
- 6. ecstasy
- 7. cola de sapateiro
- 8. outro

Você pode marcar diversas casas (7 no máximo).

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

240. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se usoudrogas = "outro"

241. Atualmente, você está utilizando algum tipo de droga?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

242. Que tipo de drogas você utiliza?

- 1. maconha
- 2. cocaína
- 3. crack/merla
- 4. anfetamina (rebite, boleta)
- 5. ecstasy
- 6. cola de sapateiro
- 7. outro

Você pode marcar diversas casas.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e usoatualdrogas = "

243. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se qualdroga = "outro"

244. Atualmente, você convive com alguém (parceiro ou familiar) que esteja utilizando algum tipo de droga?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e relacoesforamcom # "só com mulheres" e resultadotestehiv # "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

245. Quem é essa pessoa?

- 1. pai
- 2. mãe
- 3. esposo/companheiro/namorado
- 4. filho/a
- 5. irmão/ã
- 6. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{alguemusadroga} =$ "sim"

246. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{quemusadroga} =$ "outro"

247. Alguma vez na vida, você fez sexo em troca de dinheiro? Quero reforçar, novamente, que tudo que você disser será mantido em segredo.

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

248. Você teve alguma doença sexualmente transmissível (DST) nos últimos 12 meses?

- 1. sim
- 2. não
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra
- 5. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

249. Você já fez teste para hepatite B?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

250. Quando foi a última vez que fez o teste?

000 para menos de um mês, 888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

251. Qual foi o resultado desse último teste?

- 1. positivo
- 2. negativo
- 3. recusou-se a responder
- 4. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{testehepatite} = \text{"sim"}$

Pílula do dia seguinte

Agora vamos conversar um pouco sobre as informações que você tem obtido sobre métodos para evitar gravidez.

252. Você já ouviu falar em pílula do dia seguinte?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra
- 4. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

253. De onde vieram as informações sobre pílula do dia seguinte? (múltipla resposta)

- 1. mídia (TV, rádio, jornal, revistas)
- 2. trabalho
- 3. escola
- 4. serviços de saúde
- 5. com amigos, parentes ou conhecidos
- 6. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{piluladiaseguinte} = \text{"sim"}$

254. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{infopilula} = \text{"outro"}$

255. Você já usou a pílula do dia seguinte?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe/não lembra

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{piluladiaseguinte} = \text{"sim"}$

256. Como conseguiu a pílula?

- 1. comprou
- 2. conseguiu com amigos, parentes ou conhecidos
- 3. no serviço de saúde
- 4. recusou-se a responder
- 5. não sabe/ não lembra
- 6. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{piluladiaseguinte} = \text{"sim"}$ e $\text{usoupilula} = \text{"sim"}$

257. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{obtevepilula} = \text{"outro"}$

258. No último ano, quantas vezes utilizou a pílula do dia seguinte?

00 para nenhuma, 88 para não sabe/não lembra e 99 para NSA

Serviço de saúde

Para finalizar, vamos falar um pouco sobre o serviço de saúde no qual você está consultando nesse momento.

259. Há quanto tempo você consulta nesse serviço?

000 para menos de um mês, 888 para não sabe/não lembra e 999 para NSA

260. Tem um profissional no serviço em quem você (mais) confie para esclarecer dúvidas sobre sexo, métodos para evitar gravidez ou doenças transmitidas pelo sexo?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

261. Este profissional é:

- 1. médico(a)
- 2. enfermeiro(a)
- 3. técnico(a) ou auxiliar de enfermagem
- 4. assistente social
- 5. psicólogo(a)
- 6. agente comunitário de saúde
- 7. recusou-se a responder
- 8. não sabe/ não lembra
- 9. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{temprofissional} = \text{"sim"}$

262. Se 'outro', defina / defina :

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $\text{profissional} = \text{"outro"}$

263. Nesse serviço de saúde, você recebeu informações dos profissionais sobre:

- 1. camisinha
- 2. pílula anticoncepcional
- 3. injeção ou implante
- 4. ligadura tubária
- 5. DIU
- 6. pílula do dia seguinte

Você pode marcar diversas casas.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

264. Quando foi a última vez que você fez o exame preventivo do câncer de colo de útero?

- 1. há menos de 6 meses
- 2. entre 6 e 12 meses
- 3. entre 12 e 24 meses (entre 1 e 2 anos)
- 4. há mais de 24 meses (mais de 2 anos)
- 5. nunca fez o preventivo
- 6. não sabe/não lembra
- 7. NSA

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

Quadro

Entrevistador: você deve completar essa sessão com as informações sobre gravidez que coletou com a entrevistada e que estão registradas no quadro.

265. Gesta 1

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e jaestevegravida Valores "sim ; não, essa é a primeira"

266. Idade gesta 1

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

267. Diagnóstico de HIV

- 1. antes
- 2. na gravidez
- 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta1} =$ "sim"

268. Uso de contracepção

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta1} =$ "sim"

269. Coabita(va) com o parceiro

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta1} =$ "sim"

270. Classificação do parceiro

- 1. 1ª união
- 2. diagnóstico
- 3. atual
- 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta1} =$ "sim"

271. Parceiro é (era) HIV positivo?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$

272. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$

273. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$

274. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta1} = \text{"sim"}$

275. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta1} = \text{"não"}$

276. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta1} = \text{"não"}$

277. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta1} = \text{"sim"}$

278. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta1} = \text{"sim"}$

279. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta1} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta1} = \text{"sim"}$

280. Gestação 2

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{jaestevegravidada} \# \text{"sim ; não, essa é a primeira"}$

281. Idade gesta 2

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

282. Diagnóstico de HIV

- 1. antes
- 2. na gravidez
- 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$

283. Uso de contracepção

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$

284. Coabita(va) com o parceiro

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$

285. Era o mesmo parceiro da gesta anterior?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} = \text{"positivo"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$

286. Classificação do parceiro

- 1. 1ª união
- 2. diagnóstico
- 3. atual
- 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$

287. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. sim
 2. não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$

288. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$

289. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$

290. Idade gestacional:

00 para menos de um mês, 88 para não sabe/não lembra e 99 para NSA

291. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta2} = \text{"não"}$

292. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta2} = \text{"não"}$

293. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta2} = \text{"sim"}$

294. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta2} = \text{"sim"}$

295. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta2} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta2} = \text{"sim"}$

296. Gestação 3

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $3 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravida

297. Idade gesta 3

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

298. Diagnóstico de HIV

- 1. antes
- 2. na gravidez
- 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$

299. Uso de contracepção

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$

300. Coabita(va) com o parceiro

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$

301. Classificação do parceiro

- 1. 1ª união
- 2. diagnóstico
- 3. atual
- 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$

302. Parceiro é (era) HIV positivo?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$

303. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$

304. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$

305. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta3} = \text{"sim"}$

306. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta3} = \text{"não"}$

307. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta3} = \text{"não"}$

308. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta3} = \text{"sim"}$

309. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta3} = \text{"sim"}$

310. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta3} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta3} = \text{"sim"}$

311. Gesta3o 4

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $4 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravida

312. Idade gesta 4

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

313. Diagnóstico de HIV

- 1. antes
- 2. na gravidez
- 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$

314. Uso de contracepção

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$

315. Coabita(va) com o parceiro

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$

316. Classificação do parceiro

- 1. 1ª união
- 2. diagnóstico
- 3. atual
- 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$

317. Parceiro é (era) HIV positivo?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$

318. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$

319. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$

320. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta4} = \text{"sim"}$

321. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta4} = \text{"não"}$

322. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta4} = \text{"não"}$

323. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta4} = \text{"sim"}$

324. Tem o vírus?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta4} = \text{"sim"}$

325. Ela mora com você?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta4} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta4} = \text{"sim"}$

326. Gestação 5

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $5 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravid

327. Idade gesta 5

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

328. Diagnóstico de HIV

- 1. antes
- 2. na gravidez
- 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

329. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

330. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

331. Classificação do parceiro

1. 1ª união
 2. diagnóstico
 3. atual
 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

332. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. sim
 2. não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

333. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

334. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

335. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta5} = \text{"sim"}$

336. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta5} = \text{"não"}$

337. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta5} = \text{"não"}$

338. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta5} = \text{"sim"}$

339. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta5} = \text{"sim"}$

340. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta5} = \text{"sim"}$

341. Gestação 6

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $6 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravidada

342. Idade gesta 6

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

343. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$

344. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$

345. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$

346. Classificação do parceiro

1. 1ª união
 2. diagnóstico
 3. atual
 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$

347. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. sim
 2. não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$

348. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$

349. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$

350. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta6} = \text{"sim"}$

351. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta6} = \text{"não"}$

352. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta6} = \text{"não"}$

353. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta6} = \text{"sim"}$

354. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta6} = \text{"sim"}$

355. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta6} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta6} = \text{"sim"}$

356. Gestação 7

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $7 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravidada

357. Idade gesta 7

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

358. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

359. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

360. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

361. Classificação do parceiro

1. 1ª união
 2. diagnóstico
 3. atual
 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

362. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. sim
 2. não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

363. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

364. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$

365. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta7} = \text{"sim"}$

366. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta7} = \text{"não"}$

367. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta7} = \text{"não"}$

368. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta7} = \text{"sim"}$

369. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta7} = \text{"sim"}$

370. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta5} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta7} = \text{"sim"}$

371. Gestação 8

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $8 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravidada

372. Idade gesta 8

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

373. Diagnóstico de HIV

1. Antes
 2. na gravidez
 3. Durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$

374. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$

375. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$

376. Classificação do parceiro

1. 1ª união
 2. diagnóstico
 3. Atual
 4. Outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$

377. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. Sim
 2. Não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$

378. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$

379. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$

380. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta8} = \text{"sim"}$

381. Tipo de parto:

1. Vaginal
 2. Cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta8} = \text{"não"}$

382. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta8} = \text{"não"}$

383. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$ e nasceuvivagesta8

384. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$ e nasceuvivagesta8

385. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta8} = \text{"sim"}$ e nasceuvivagesta8

386. Gestação 9

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $9 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravidada

387. Idade gesta 9

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

388. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$

389. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$

390. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$

391. Classificação do parceiro

1. 1ª união
 2. diagnóstico
 3. atual
 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$

392. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. sim
 2. não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$

393. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$

394. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$

395. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta9} = \text{"sim"}$

396. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta9} = \text{"não"}$

397. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta9} = \text{"não"}$

398. Morreu?

1. Sim
 2. sim, de Aids
 3. Não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta9} = \text{"sim"}$

399. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta9} = \text{"sim"}$

400. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta9} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta9} = \text{"sim"}$

401. Gestação 10

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $10 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravidada

402. Idade gesta 10

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

403. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$

404. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$

405. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$

406. Classificação do parceiro

1. 1ª união
 2. diagnóstico
 3. atual
 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$

407. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. sim
 2. não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$

408. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$

409. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$

410. Idade gestacional:

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

411. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta10} = \text{"não"}$

412. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta10} = \text{"não"}$

413. Morreu?

1. sim
 2. sim, de Aids
 3. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta10} = \text{"sim"}$

414. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta10} = \text{"sim"}$

415. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta10} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta10} = \text{"sim"}$

416. Gestação 11

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $11 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravidada

417. Idade gesta 11

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

418. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$

419. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$

420. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$

421. Classificação do parceiro

1. 1ª união
 2. diagnóstico
 3. atual
 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$

422. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. sim
 2. não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$

423. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$

424. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$

425. Idade gestacional:

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

426. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta11} = \text{"não"}$

427. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta11} = \text{"não"}$

428. Morreu?

1. sim
 2. sim, de Aids
 3. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta11} = \text{"sim"}$

429. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta11} = \text{"sim"}$

430. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta11} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta11} = \text{"sim"}$

431. Gestação 12

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $12 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravidada

432. Idade gesta 12

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$

433. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$

434. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$

435. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$

436. Classificação do parceiro

1. 1ª união
 2. diagnóstico
 3. atual
 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$

437. Parceiro é (era) HIV positivo?

1. sim
 2. não
 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$

438. Sofreu violência durante a gestação?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$

439. Gravidez resultou em aborto?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$

440. Idade gestacional:

A resposta deve ser compreendida entre 5 e 49.

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"

441. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta12} = \text{"não"}$

442. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta12} = \text{"não"}$

443. Morreu?

1. sim
 2. sim, de Aids
 3. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \#$ "só com mulheres" e $\text{resultadotestehiv} \#$ "positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro" e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta12} = \text{"sim"}$

444. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta12} = \text{"sim"}$

445. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta12} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta12} = \text{"sim"}$ e mo

446. Gestação 13

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $13 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravidada

447. Idade gesta 13

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$

448. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$

449. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$

450. Coabita(va) com o parceiro

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$

451. Classificação do parceiro

- 1. 1ª união
- 2. diagnóstico
- 3. atual
- 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$

452. Parceiro é (era) HIV positivo?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$

453. Sofreu violência durante a gestação?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$

454. Gravidez resultou em aborto?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$

455. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta13} = \text{"sim"}$

456. Tipo de parto:

- 1. vaginal
- 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta13} = \text{"não"}$

457. A criança nasceu viva?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta13} = \text{"não"}$

458. Morreu?

- 1. sim
- 2. sim, de Aids
- 3. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta13} = \text{"sim"}$

459. Tem o vírus?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta13} = \text{"sim"}$

460. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta13} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta13} = \text{"sim"}$

461. Gestaão 14

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $14 \leq \text{ngravidez} < 15$ e jaestevegravida

462. Idade gesta 14

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$

463. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$

464. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$

465. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$

466. Classificação do parceiro

- 1. 1ª união
- 2. diagnóstico
- 3. atual
- 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$

467. Parceiro é (era) HIV positivo?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$

468. Sofreu violência durante a gestação?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$

469. Gravidez resultou em aborto?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$

470. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta14} = \text{"sim"}$

471. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta14} = \text{"não"}$

472. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta14} = \text{"não"}$

473. Morreu?

1. sim
 2. sim, de Aids
 3. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta14} = \text{"sim"}$

474. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta14} = \text{"sim"}$

475. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta14} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta14} = \text{"sim"}$

476. Gestação 15

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{ngravidez} = 15$ e jaestevegravida

477. Idade gesta 15

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$

478. Diagnóstico de HIV

1. antes
 2. na gravidez
 3. durante

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$

479. Uso de contracepção

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$

480. Coabita(va) com o parceiro

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$

481. Classificação do parceiro

- 1. 1ª união
- 2. diagnóstico
- 3. atual
- 4. outro

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$

482. Parceiro é (era) HIV positivo?

- 1. sim
- 2. não
- 3. não sabe

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$

483. Sofreu violência durante a gestação?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$

484. Gravidez resultou em aborto?

- 1. sim
- 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$

485. Idade gestacional:

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta15} = \text{"sim"}$

486. Tipo de parto:

1. vaginal
 2. cesáreo

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta15} = \text{"não"}$

487. A criança nasceu viva?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$ e $\text{abortogesta15} = \text{"não"}$

488. Morreu?

1. sim
 2. sim, de Aids
 3. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta15} = \text{"sim"}$

489. Tem o vírus?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta15} = \text{"sim"}$

490. Ela mora com você?

1. sim
 2. não

A resposta é obrigatória.

A questão só é pertinente se $1 \leq \text{idade1rel} < 49$ e $\text{relacoesforamcom} \# \text{"só com mulheres"}$ e $\text{resultadotestehiv} \# \text{"positivo ; recusou-se a responder ; não sabe/não lembro"}$ e $\text{gesta15} = \text{"sim"}$ e $\text{nasceuvivagesta15} = \text{"sim"}$