

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SAÚDE REPRODUTIVA E PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE MULHERES
VIVENDO COM HIV/AIDS: UM ESTUDO COMPARATIVO EM PORTO ALEGRE, RS**

MARSAM ALVES DE TEIXEIRA

**PORTO ALEGRE
2017**

MARSAM ALVES DE TEIXEIRA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SAÚDE REPRODUTIVA E PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE MULHERES
VIVENDO COM HIV/AIDS: UM ESTUDO COMPARATIVO EM PORTO ALEGRE, RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Alves de Teixeira, Marsam

SAÚDE REPRODUTIVA E PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE
MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS: UM ESTUDO COMPARATIVO
EM PORTO ALEGRE, RS / Marsam Alves de Teixeira. --
2017.

90 f.

Orientador: Luciana Barcellos Teixeira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Saúde Reprodutiva. 2. Mulheres Vivendo com
HIV/Aids. 3. HIV/Aids. 4. Vulnerabilidade. I.
Barcellos Teixeira, Luciana, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARSAM ALVES DE TEIXEIRA

**SAÚDE REPRODUTIVA E PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE MULHERES
VIVENDO COM HIV/AIDS: UM ESTUDO COMPARATIVO EM PORTO ALEGRE, RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

31 de julho de 2017.

BANCA

Profa. Dra. Adriana Roese Ramos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Frederico Viana Machado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Daniela Riva Knauth, Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social e no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Adentrar em uma área desconhecida e enfrentar novos desafios muitas vezes nos provocam insegurança, e o medo de não corresponder às expectativas alheias. Enfrentar estes desafios se faz necessário, no entanto, certamente esta empreitada se torna mais amena se estivermos rodeados de pessoas especiais e que mesmo sem imaginarem, colaboram com esta trajetória. Sendo assim, agradeço em especial a minha orientadora Luciana Barcellos Teixeira, que não só acreditou, mas investiu em meu trabalho.

Um obrigado especial também aos meus pais, à minha companheira, e aos meus padrinhos, que sempre me proporcionaram apoio e representaram um exemplo de vida ao demonstrarem uma postura guerreira e batalhadora.

EPIÍGRAFE

“... as pessoas e os grupos sociais têm direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferente quando a igualdade os descaracteriza.”
(Boaventura de Sousa Santos 2000, p.37).

RESUMO

Introdução: Estudos têm mostrado que a infecção pelo HIV em mulheres ocorre em contextos de vulnerabilidade, relacionados ao gênero, às questões sociais, e aos fatores biológicos, que instituem uma dinâmica complexa relacionada à saúde reprodutiva das mulheres. **Objetivo:** Analisar a saúde reprodutiva e práticas contraceptivas de mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA) no município de Porto Alegre-RS, comparando-as às mulheres não vivendo com HIV/Aids (MNVHA). **Metodologia:** Estudo transversal conduzido em 2011, com mulheres de 18 a 49 anos. O cálculo amostral foi de 1230 mulheres. Análise com ponderação amostral foi conduzida utilizando-se o nível de significância estatística de 5%. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética das instituições envolvidas, e sua execução foi financiada pelo CNPq. **Resultados:** Mulheres com HIV apresentaram menor escolaridade ($p < 0,001$), mais ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) nos últimos doze meses ($p = 0,019$), três vezes mais a prática de sexo em troca de dinheiro ($p < 0,001$) e três vezes mais aborto ($p < 0,001$). Identificou-se que foi mais comum a ocorrência de 5 ou mais gestações entre as MVHA do que entre as MNVHA (21,6% versus 11,7%) ($p < 0,001$), sendo planejadas 32,1% das gestações nas MVHA e 40,7% nas MNVHA ($p < 0,001$). A primeira gestação até os 19 anos ocorreu para 62,1% das MVHA e 54,3% das MNVHA ($p = 0,007$). Ocorrência de laqueadura tubária foi mais frequente entre as MVHA ($p < 0,001$). **Conclusões:** Identificou-se a presença de um contexto de vulnerabilidade que circunda as MVHA, e que apesar do impacto que a doença ocasiona na vida social e afetiva dessas mulheres, elas permanecem constituindo relações e mantendo um forte potencial reprodutivo, ainda que não seja a expressão de direito reprodutivo. Ressalta-se que os serviços de saúde possuem papel relevante na identificação de mulheres em contextos de vulnerabilidade, a fim de fornecer orientações para que a saúde reprodutiva e as práticas contraceptivas ocorram na perspectiva da saúde, possibilitando o exercício do direito reprodutivo. **Palavras-chave:** HIV/Aids. Saúde Reprodutiva. Práticas contraceptivas.

ABSTRACT

Introduction: Studies point out that HIV infection in women occurs under vulnerable conditions related to gender, social problems and biological factors, which set a complex dynamic influencing the reproductive health of women. **Objective:** To analyze the reproductive behavior and the contraceptive practices of women living with HIV/Aids (WLHA) in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, comparing them with women not living with HIV/Aids (WNLHA). **Methods:** Cross-sectional study performed in 2011 with women aged from 18 to 49 years. The sample size was 1230 women. Analysis with sample weighting was conducted using a significance level of 5%. The project was approved by the ethics committees of the involved institutions; its execution was funded by the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (CNPq). **Results:** WLHA were found to have less schooling ($p < 0.001$), higher occurrence of sexually transmitted infection in the last 12 months ($p < 0.019$), three times more sexual relationships in exchange for money ($p < 0.001$) and three times more abortions ($p < 0.001$). Five or more pregnancies up to the moment of the research were more common among WLHA than among WNLHA (21.6% against 11.7%) ($p < 0.001$). Among the former, 32.1% of the pregnancies were planned, whereas among the latter, 40,7% ($p < 0.001$). First pregnancy prior to the age of 19 occurred for 62.2% of the WLHA against 54.4% of the WNLHA ($p = 0.007$). Sterilization was found to be more common among WLHA ($p < 0.001$). **Conclusion:** This study witnessed a context of vulnerability surrounding WLHA. Despite the impact the disease causes in their social and affective lives, they remain building relationships and maintaining a strong reproductive potential, though not as expression of their own reproductive rights. Therefore, health services play an important role identifying women in vulnerable conditions and providing guidelines for reproductive health and contraceptive practices, thus allowing the exercise of reproductive rights. **Keywords:** HIV/Aids. Reproductive Health. Contraception. Contraceptive practices.

ABREVEATURAS E SIGLAS

ACO: Anticoncepcional Oral.

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

ARV: Antirretroviral.

CD4: Cluster of Differentiation 4 (Grupo de Diferenciação 4).

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa.

CIPD: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

CNS: Conselho Nacional de Saúde.

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis.

HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy (Terapia Antirretroviral Altamente Ativa).

HIV: Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana).

HPV: Human Papillomavirus (Papiloma Vírus Humano).

IST: Infecção Sexualmente Transmissível.

LT: Ligadura Tubária.

MVHA: Mulheres Vivendo com HIV/Aids.

MNVHA: Mulheres Não Vivendo com HIV/Aids.

OMS: Organização das Nações Unidas.

PAISM: Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática.

PVHA: Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

RS: Rio Grande do Sul.

SES: Secretaria Estadual de Saúde.

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/Aids (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids).

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UNICEF: United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância).

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Perfil sociodemográfico e características de saúde de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, RS, 2011.....	48
TABELA 2 - Características relacionadas à saúde reprodutiva e práticas contraceptivas de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, RS, 2011.....	49
TABELA 3 - Características gestacionais e filhos de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, RS, 2011.....	50
TABELA 4 - Características relacionadas à vulnerabilidade ao HIV em mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, RS, 2011.....	51
TABELA 5 - Questões relacionadas ao HIV entre mulheres vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, 2011.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 Breve Histórico do HIV/Aids.....	14
2.2 Vulnerabilidade Feminina à Infecção pelo HIV/Aids.....	16
2.2.1 Dados Epidemiológicos da Infecção pelo HIV/Aids em Mulheres.....	19
2.3 Questões de Saúde Reprodutiva e a Interface com o HIV/Aids.....	20
2.3.1 Desfechos de Saúde Reprodutiva em MVHA.....	28
2.4 Políticas Públicas Voltadas ao Enfrentamento do HIV/Aids no Brasil.....	31
2.4.1 Políticas Públicas Voltadas à Saúde Reprodutiva.....	34
3 OBJETIVO.....	38
3.1 Objetivo Geral.....	38
3.2 Objetivos Específicos.....	38
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
4.1 População Pesquisada e Cálculo Amostral.....	39
4.2. Locais de Realização da Pesquisa.....	41
4.3. Logística do Trabalho de Campo.....	41
4.4 Análise dos Dados.....	42
4.5 Aspectos Éticos.....	42
5 RESULTADOS.....	44
6 DISCUSSÃO.....	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	76
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS.....	90

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, muitos avanços tecnológicos na área de testagem e medicamentos para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids foram documentados. No início da epidemia, as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) apresentavam dificuldades de planejamento de vida reprodutiva em função do prognóstico da doença e das adversidades impostas por ela, como dificuldades de adesão ao tratamento, efeitos adversos dos medicamentos, estigma, discriminação, e o isolamento social. Hoje temos um novo cenário com a inserção da HAART¹, em que as MVHA possuem uma melhoria significativa relacionada à saúde, às condições de vida, e conseqüentemente, uma maior expectativa de vida, ainda que o estigma e a discriminação permaneçam presentes. Frente a este novo cenário, surgem novas possibilidades relacionadas com a sexualidade e a reprodução (SIEGEL; LEKAS, 2002).

O aumento da expectativa de vida das MVHA ao receberem a terapia antirretroviral (ARV) mudou a percepção sobre o HIV/Aids, que até então era visto invariavelmente como uma doença fatal, e passa a ser vista como uma doença passível de manejo clínico (LAURSEN et al., 2013). Avanços no tratamento também diminuiram significativamente as taxas de transmissão vertical do HIV (TOWNSEND et al., 2008), possibilitando que as MVHA vivenciem a maternidade de forma segura. Isto se deu pela disponibilidade gratuita de novos medicamentos em protocolos de manejo clínico, e pela ampliação do acesso, fatores que podem ser decisivos na escolha de se ter ou não filhos.

Apesar de o Brasil apresentar uma redução no número de casos de Aids em mulheres desde 2009, identifica-se que de 1980 até 2002 houve um crescente número de notificações de casos de Aids em mulheres, representando 34,9% do total de casos no período de 1980 a junho de 2016, dos quais 53% destas mulheres foram notificadas com idade entre 25 e 39 anos (BRASIL, 2016a). Diversos autores discutem que a feminização do HIV/Aids acaba incidindo sobre as gestantes, assim como sobre uma parcela da população infantil, já que a criança torna-se exposta ao risco de transmissão do HIV durante todo o período da gestação, parto e pós-parto.

Com base nisso, torna-se fundamental destacar os aspectos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva das MVHA, uma vez que a maioria dessas

1 Terapia Antirretroviral Altamente Ativa.

mulheres encontra-se em idade reprodutiva. É importante compreender em que contextos os desfechos de saúde reprodutiva ocorrem, tendo em vista que muitas destas mulheres podem estar inseridas em contextos de vulnerabilidade social, individual e programática.

Os estudos que existem nessa área, tem analisado somente MVHA, e tem demonstrado fragilidade por parte dos serviços de saúde em responderem às demandas de saúde reprodutiva dessas mulheres, especialmente no que diz respeito ao planejamento reprodutivo e a ocorrência de gravidez, o que pode ser um reflexo da inexistência de políticas públicas eficazes que garantam direitos de saúde reprodutiva, e a carência de uma rede de serviços destinada ao cuidado e acompanhamento integral das mulheres no que tange à saúde reprodutiva.

Reconhecendo que Porto Alegre possui a maior taxa de detecção de HIV no Brasil, com elevado percentual de mulheres infectadas, com a maior taxa de detecção de HIV em gestantes e com a mais alta taxa de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2016a), e identificando a carência de estudos epidemiológicos no âmbito da saúde reprodutiva em MVHA, delineou-se o presente trabalho.

Este trabalho se constitui a partir de um subprojeto oriundo de um estudo de maior escopo intitulado “Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids”, e tem como objetivo analisar a saúde reprodutiva e práticas contraceptivas de mulheres no município de Porto Alegre - RS, comparando mulheres vivendo e não vivendo com HIV/ Aids. Os dados foram coletados no ano de 2011 e encontra-se em um banco de dados específico no software SPSS. O projeto de origem foi aprovado em 2009 pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo sua execução financiada pelo CNPq através de edital Universal.

A relevância deste estudo consiste na possibilidade de comparar aspectos de saúde reprodutiva de MVHA com MNVHA, pois tradicionalmente, os serviços de saúde estão habituados a trabalhar com as demandas de mulheres sem HIV/Aids, não considerando, portanto, as especificidades da infecção pelo HIV.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve Histórico do HIV/Aids

Os primeiros casos de Aids foram descobertos entre 1977 e 1978 nos Estados Unidos da América, Haiti, e África Central. No Brasil, o primeiro caso de Aids foi registrado em 1980 (BRASIL, 2013b). Apesar de ter sido identificado há mais de 35 anos, ainda não se encontrou a cura para o HIV, ainda assim, a doença pode ser controlada através de ações de prevenção, diagnóstico precoce e terapia adequada (BRASIL, 2006).

Atualmente, a Aids é considerada uma doença crônica, havendo consideráveis avanços no conhecimento da patogênese do HIV, com consequente controle da progressão da doença, redução da mortalidade, e melhora da qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2016). No entanto, ainda é uma das principais preocupações mundiais, compondo o rol de metas do milênio estabelecidas no ano 2000 pela Organização das Nações Unidas, as quais correspondem aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e que tem entre os seus objetivos o combate à Aids e outras doenças (BRASIL, 2017).

No ano de 2012, estimava-se que havia 35,3 milhões de pessoas que viviam com HIV/Aids no mundo, e apesar de o número de novas infecções ter diminuído 33% entre os anos de 2001 e 2012, hoje temos um número de infectados ainda maior, pois em função da terapia antirretroviral e do consequente aumento da expectativa de vida, houve a redução da mortalidade por HIV/Aids, a qual passou de 2,3 milhões em 2005, para 1,6 milhão em 2012 (UNAIDS, 2013).

No Brasil, desde o início da epidemia foram registrados 842.710 casos de Aids, nos últimos anos, observou-se melhorias consideráveis nos indicadores nacionais, dentre eles o coeficiente de mortalidade padronizado que apresentou queda de 5%, passando de 5,9 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2006, para 5,6 em 2015 (BRASIL, 2016a). Em relação à taxa de detecção de Aids, observa-se uma estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 40,6 mil casos de Aids/ano nos últimos cinco anos (BRASIL, 2015a), e uma taxa de detecção de Aids de 19,1 casos/100 mil habitantes em 2015 (BRASIL, 2016a).

Apesar de ter havido uma disseminação do HIV por todo o território nacional, ainda persiste a concentração de casos nas regiões Sul e Sudeste, as quais

apresentam respectivamente 20,1% e 53% do total de casos identificados entre 1980 e junho de 2016. Ambas as regiões apresentam as maiores médias de casos/ano nos últimos cinco anos, com 8,7 mil a região Sul, e 16,8 mil casos a região Sudeste (BRASIL, 2016a).

A região Sul apesar de se configurar como a região com a mais elevada taxa de detecção de Aids do país, apresentou leve tendência de queda de 7,4%, passando de 30,1 casos/100 mil habitantes em 2006 para 27,9 em 2015 (BRASIL, 2016a).

A exemplo da região Sul, o estado do Rio Grande do Sul (RS) tem apresentado uma série de resultados negativos em relação à infecção pelo HIV, ficando com a maior taxa de detecção de Aids entre as Unidades Federativas no ano de 2015, com 34,7 casos para cada 100 mil habitantes, e apesar de apresentar queda no coeficiente de mortalidade nos últimos dez anos, em 2015 apresentou 10,2 óbitos para cada 100 mil habitantes, quase o dobro do coeficiente observado no país (BRASIL, 2016a).

A cidade de Porto Alegre se configurava como a capital brasileira com a maior incidência de HIV no ano de 2013, na qual aproximadamente 28.187 pessoas viviam com HIV, o que representa cerca de 2% dos habitantes do município, estimava esta calculada a partir da taxa de infecção de HIV em gestantes no município (PORTO ALEGRE, 2013). No ano de 2015, Porto Alegre foi a capital brasileira com a maior taxa de detecção de Aids, apresentando 74 casos para cada 100 mil habitantes, o dobro da taxa de detecção de Aids do estado do RS, e quase quatro vezes maior do que a taxa nacional (BRASIL, 2016a).

Porto Alegre ocupa o 1º lugar no Ranking dos municípios com mais de 100 mil habitantes segundo índice composto de 2011 a 2015, com um índice de 7,163. O cálculo deste índice se dá a partir de cálculos que levam em consideração alguns indicadores relacionados à taxa de detecção de Aids em grupos específicos, a taxa de mortalidade por Aids na população geral, e a primeira contagem de CD4 dos pacientes que entraram a partir de 2009 (BRASIL, 2016a).

A despeito de o município de Porto Alegre demonstrar tendência de queda do coeficiente de mortalidade na última década, em 2015 foi novamente a capital brasileira com o maior coeficiente de mortalidade por Aids (23,7 casos por 100 mil habitantes), com um indicador quatro vezes maior que o nacional (BRASIL, 2016a).

2.2 Vulnerabilidade Feminina à Infecção pelo HIV/Aids

De acordo com o Ministério da Saúde, em função da feminização da epidemia da Aids no início da década de 90, do aumento do número de casos de transmissão vertical do HIV no Brasil, e da estabilização da razão de casos por sexo no país, a participação das mulheres na infecção do HIV tem sido amplamente discutida em diversos seguimentos da sociedade (BRASIL, 2011b).

Paschoal et al. (2014) apontam a Aids como um fenômeno social constituído de uma imensa carga estigmatizadora, na qual o indivíduo convive com o sofrimento físico de uma doença sem cura, e sofre com a exclusão e o preconceito social. Andrade e Iriart (2015) acrescentam que pesquisas mencionam o estigma e a discriminação como obstáculo ao enfrentamento do HIV, apontando como achado de seu estudo que a desigualdade de gênero atua de forma importante na construção da vulnerabilidade das mulheres ao HIV, afirmação esta também referida por outros autores (HENRICH; KERN, 2015).

Baseando-se em uma abordagem estruturalista, define-se gênero como uma relação de natureza assimétrica, a qual distingue e ao mesmo tempo entrelaça as categorias de feminino e masculino num certo padrão de ordenação da cultura (HEILBORN; PRADO, 1995).

As diferenças de tratamento e concepção de gênero ocorrem em diversos contextos, e de uma forma geral estão presentes em diversas culturas espalhadas pelo mundo, desvalorizando as mulheres e levando a diferenciações que envolvem questões trabalhistas, familiares, sexuais, e até mesmo reprodutivas. Conforme Lauretis (1994), as definições de gênero instauram relações sociais de controle e poder, de hierarquia e assimetria, configurando-se uma construção sociocultural e representação de cada indivíduo em termos de relações sociais anteriores, cujos contornos revelam-se normativos e valorativos. Em função da sua desigual condição em relação ao homem, a mulher viveu por muito tempo sob a sua tutela, seja ela do pai ou do marido, tendo a sua sexualidade normatizada pelo padrão cristão, legitimada pelo casamento, e pelo cumprimento da sua função reprodutora (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

É reconhecido o impacto e os efeitos danosos da desigualdade de gênero na sociedade, e por ainda se tratar de um problema latente nos dias atuais, está elencado entre as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o qual

aponta a “Igualdade entre sexos e valorização da mulher” entre seus objetivos (BRASIL, 2017).

Condições como a desigualdade de gênero, racismo, pobreza, e violência contribuíram para que a difusão da epidemia da Aids tenha se espalhado com maior velocidade entre as mulheres, principalmente em países com uma cultura patriarcal e indutora de assimetrias de poder entre os sexos (MENEGHEL et al., 2013).

Reconhecer que as desigualdades de gênero, em interação com a pobreza, o racismo, a violência, o estigma e, também, a discriminação relacionada à orientação sexual e identidade de gênero, à vida com HIV e à pessoa com deficiência, estilo de vida e a prostituição incrementam as vulnerabilidades das mulheres adolescentes, jovens, adultas e idosas as DST/HIV/Aids (BRASIL, 2011b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2009), as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV devido a uma combinação de fatores biológicos e desigualdades de gênero, principalmente em culturas que limitam o seu conhecimento sobre o assunto e a sua capacidade de negociar “sexo seguro”, configurando-se o HIV como a principal causa de óbito em mulheres em idade fértil.

Resgata-se aqui a discussão realizada por Oliveira et al. (2004) a fim de clarear o termo “sexo seguro”, o qual afirma que esta expressão herda as limitações da definição biomédica de risco (probabilidade de danos à saúde), e de sexo (interação sexual entre duas pessoas), sendo assim, sexo seguro engloba o problemático atributo de sexo saudável, onde saúde é condição a ser garantida exclusivamente pelo uso de preservativo em todas as relações sexuais. Apesar desta definição, o autor acima afirma que de acordo com relatos de agentes comunitários de saúde do Município de Porto Alegre, para muitas mulheres da comunidade sexo seguro está relacionada com outras necessidades mais imediatas de segurança (contra agressões físicas, por exemplo) do que a ameaça de infecção pelo vírus de HIV, e que negociar com o parceiro o uso do preservativo é visto como uma operação arriscada, possível de ocasionar danos à saúde.

Neste sentido, Henrich e Kern (2015) afirmam que mesmo que haja desconfiança em relação a fidelidade do marido, a mulher não consegue convencer o parceiro da importância do uso de preservativo, já que se trata de algo imoral, colocando-se em risco de sofrer consequências caso venha a insistir no uso, principalmente se for dependente economicamente de seu companheiro.

Associa-se a fala acima com o exposto por Heilborn e Gouveia (1999), os quais trazem que para as classes populares a situação de risco e perigo não se materializa na ameaça de contaminação da Aids, mas em adversidades relacionadas as suas condições de vida, exaltando a dificuldade de negociação do uso de preservativo por parte dessas mulheres em função da submissão do gênero. Destaca-se, portanto, as mulheres de baixa renda, grupo que se encontra em um contexto de vulnerabilidade econômica e exposto às situações de risco para a contaminação do HIV.

A UNAIDS (2013) afirma que a desigualdade de gênero e suas normativas prejudiciais contribuem para a vulnerabilidade ao HIV, mencionando um estudo que aponta que as mulheres que sofreram violência por parte do parceiro são 50% mais propensas à contaminação do vírus.

De acordo com Koetz (2014), a violência contra a mulher pode tanto ser uma causa, como uma consequência da infecção pelo HIV/Aids, funcionando como fator limitante para o cuidado em saúde, incluindo dificuldade na gestão segura da vida sexual e reprodutiva. A Organização Mundial da Saúde (2013) afirma ainda que a violência contra a mulher é um risco adicional impactante nos processos saúde-doença, podendo levar a transtornos mentais, doenças crônicas, altos números de gravidezes não desejadas, abortos, traumatismos, e doenças infecciosas, entre elas o HIV.

Barbosa e Lago (1997) acreditam que a violência é fator intimamente relacionado ao HIV, fazendo ainda uma associação entre a infecção pelo HIV e a ocorrência de DSTs, altas taxas de esterilização cirúrgica, aborto clandestino, uso incorreto de métodos contraceptivos, e elevados índices de mortalidade materna.

Reconhecendo que inúmeras são as barreiras sociais impostas às mulheres que enfrentam no seu cotidiano as dificuldades provenientes da inadequada concepção de gênero, sendo desvalorizadas e vistas de forma desprestigiada, destaca-se a dupla carga que as mulheres vivendo com HIV sustentam, já que além de lidar com o preconceito advindo do seu corpo biológico, precisam conviver com todas as dificuldades impostas por uma doença estigmatizada na nossa sociedade. Neste sentido, Henrich e Kern (2015) colocam o processo de feminização da Aids como um fator cada vez mais excludente, já que há a associação da doença às questões sociais.

A realidade vivida pelas mulheres negras pode ser ainda mais impactante, sendo exposto por Silva (2013) que se as mulheres brancas sentem todo o peso das representações de gênero, as mulheres negras o sentem multiplicado, já que as representações sociais que cercam e constroem as pessoas negras as situam ainda mais próximas à natureza, uma vez que são vistas como mais primitivas, selvagens, emocionais e "*corporais*". Enquanto para as mulheres brancas a raça significa a possibilidade de aproximar-se intelectual e moralmente do modelo (homem branco adulto), para as negras o afastamento do mundo cultural, moral e intelectual, é representado pela dupla inscrição de raça e gênero.

A exclusão social das mulheres negras também é facilmente evidenciada no setor da saúde, local em que o imaginário pressupõe a presença de profissionais preparados, e desprovidos de preconceito. Esta exclusão evidenciada pelos piores indicadores de saúde quando comparados às mulheres brancas, não somente relacionados ao HIV, mas em diversas outras questões de saúde.

2.2.1 Dados Epidemiológicos da Infecção pelo HIV/Aids em Mulheres

As mulheres representam 51% do total de PVHA no mundo, com cerca de 17,4 milhões de mulheres adultas infectadas. Destas, 60% receberam o tratamento com ARV em 2014, o que contribuiu para o alcance de uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna, entre 1990 e 2015 (WHO, 2016a).

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2016, foram registrados no Brasil 293.685 casos de Aids em mulheres, o que representa 34,9% do total de casos ocorridos. A taxa de detecção de Aids entre as mulheres passou de 15,8 casos/100 mil habitantes, em 2006, para 12,7 em 2015, o que representa uma queda de 19,6%. Registra-se, no entanto, um aumento na taxa de detecção de Aids em mulheres nas faixas etárias de 15 a 19 anos (12,9%), de 55 a 59 anos (2,7%), e de 60 anos e mais (24,8%) entre os anos de 2006 e 2015 (BRASIL, 2016a).

Identifica-se uma variação da participação das mulheres na epidemia do HIV/Aids no Brasil desde a década de 80, caracterizada por um aumento da notificação no período de 1980 até 2002, uma estabilização da razão entre sexos no período de 2003 a 2008, e uma redução desta razão a partir de 2009. Em 2015 havia 21 homens para cada 10 mulheres vivendo com HIV (BRASIL, 2016a).

Na região Sul do país há uma participação maior das mulheres nos casos de Aids se compararmos com os dados nacionais, sendo a razão de sexos de 17 homens para cada 10 mulheres no ano de 2015 (BRASIL, 2016a). O estado do Rio Grande do Sul segue com um crescimento no número de infecções em mulheres, e conseqüentemente uma aproximação entre o número de notificações por sexo, apresentando no consolidado preliminar de 2014 um percentual de 44% de mulheres no total de notificações realizadas no estado (BRASIL, 2014).

Em relação a raça/cor da população brasileira, no ano de 2014, a proporção de raça branca e negra encontrada era de 45,5% brancos, e 53,6% de negros, percentuais semelhantes aos casos de Aids nestas raças/cor segundo dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do ano de 2014, no qual 42,8% eram brancos, e 56,5% negros (BRASIL, 2016a).

Ao analisar os dados da distribuição proporcional dos casos de Aids segundo raça/cor estratificado por sexo de 2006 a 2015, não se identifica diferença nas proporções entre as raças em homens e mulheres, exceto na raça preta, em que a proporção de mulheres pretas (11,9%) é superior a dos homens pretos (10,2%). Analisado o percentual de casos de Aids notificados no SINAN no ano de 2014, segundo raça/cor por sexo, as mulheres negras² representavam 59,2% das mulheres infectadas versus 40% em mulheres brancas, enquanto no sexo masculino 55,3% eram negros e 44,1% brancos (BRASIL, 2016a). Estes dados podem fomentar a discussão sobre a vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV/Aids.

No que diz respeito à distribuição proporcional dos óbitos por Aids segundo raça/cor no ano de 2014, no sexo feminino foi de 40,8% em mulheres brancas, e 58,7% em mulheres pretas e pardas (BRASIL, 2016a), diferença possivelmente associadas ao contexto de vida dessas mulheres e à maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

2.3 Questões de Saúde Reprodutiva e a Interface com o HIV/Aids

A infecção pelo HIV tornou a saúde sexual das mulheres mais complexas, impondo desafios relacionados à saúde reprodutiva, questões estas intimamente relacionadas à natureza feminina, e essenciais para a manutenção da qualidade de

2 Terminologia adotada para designar o somatório de pretos e pardos, uma vez que ambos os grupos apresentam uniformidade em suas características socioeconômicas, assim como sofreram discriminações, potenciais ou afetivas, de mesma natureza (OSÓRIO, 2003).

vida da maioria das mulheres. Por outro lado, a evolução tecnológica tem modificado as perspectivas de vida das PVHA, já que o avanço na prevenção e no tratamento do HIV, e a conseqüente melhoria da saúde e da expectativa de vida impactaram nas expectativas sexuais e reprodutivas (BHARAT; MAHENDRA, 2007), possibilitando o planejamento reprodutivo e a discussão da saúde reprodutiva na perspectiva dos direitos reprodutivos. Apesar disso, a infecção pelo HIV ainda provoca riscos à saúde da mulher e do bebê (GONÇALVES et al. 2009), o que torna o tema relevante e de interesse da saúde pública.

Baseando-se na definição de “saúde” da Organização Mundial da Saúde, “saúde reprodutiva” representa a capacidade das pessoas terem uma vida sexual responsável, satisfatória e segura, assim como a capacidade e a liberdade de decidir quando e com que frequência se reproduzir. Insere-se neste contexto o direito dos indivíduos de serem informados e terem acesso a métodos seguros, eficazes, e aceitáveis de regulação da fecundidade de acordo com a sua escolha, e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam gravidez e parto seguro, e proporcionem ao casal a melhor chance de ter um filho saudável (WHO, 2016b).

Freedman e Isaacs (1993) identificam na saúde reprodutiva princípios do direito relacionados à saúde da mulher, como o direito à autonomia para as escolhas reprodutivas, e apontam esta escolha como um direito humano universal. Neste sentido, no Brasil a constituição federal reconhece o planejamento familiar como direito, e estabelece ao estado a responsabilidade de propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (BRASIL, 1988), o qual é regulamentado pela Lei 9.263 (BRASIL, 1996a).

No que se refere às MVHA, em 1997 o VIII Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado no Rio de Janeiro, recomendou às MVHA a garantia do direito de exercer sua sexualidade e tomar decisões reprodutivas sem qualquer forma de violência, coerção e/ou discriminação, incluindo o direito de ter ou não filhos, usar métodos anticoncepcionais, assim como ter acesso a outros serviços ginecológicos (HENRICH et al. 2008).

Gonçalves et al. (2009) referem que a preocupação com as questões reprodutivas na presença do HIV/Aids deu-se em decorrência da heterossexualização e da feminização da epidemia da Aids, as quais representam a possibilidade de transmissão vertical da doença.

Define-se transmissão vertical, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (2016), como a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebê durante a gravidez, o parto, ou a amamentação, condição esta que pode ter o seu risco de ocorrência próximo à zero, desde que seguidas às condutas recomendadas nos protocolos de saúde.

Dentro da saúde reprodutiva, destaca-se a ocorrência de gestações, a qual é uma condição reconhecida e valorizada socialmente, sendo ainda nos dias atuais “objeto de desejo” e planejamento de vida para muitas mulheres. Vargas (2012) expõe que as imagens da gravidez e maternidade contêm elementos de afirmação e de autorrealização, havendo uma visão negativa da mulher sem filhos. O autor afirma ainda que as representações sociais da infertilidade espelham referências depreciativas às mulheres que não podem ou não conseguem engravidar, denotando o reverso do valor positivo e socialmente aceito do corpo fértil.

Carneiro et al. afirmam que atualmente a gravidez e a maternidade ainda surgem quase que como a realização social do papel de mãe, como se a mulher passasse a ser reconhecida somente ao tornar-se mãe e ao proporcionar frutos à sociedade.

Em se tratando de MVHA, a sociedade como um todo parece apresentar uma rejeição à valorização da gravidez e ao estereótipo de mulher genitora, atuando de forma preconceituosa e restritiva, como nos aponta Eid et al. (2014) ao afirmar que PVHA são consideradas “perigosas” e não aptas para constituir família e lutar pelos seus projetos de vida. Nas atuais mudanças sociais, políticas, de gênero e de concepção de família, ser ou tornar-se mãe quando associado ao HIV/Aids é definido como caso de risco, sustentado pelos discursos biomédicos e morais, deixando de ser uma ocorrência casual e, configurando-se como um fato preocupante (MAZZINI et al. 2008; PANTOJA, 2003).

Define-se família como o “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar” (IBGE, 2016). Knauth et al. (2002) expressam a importância da família como elemento fundamental de determinação da identidade social, principalmente no que se refere às classes populares, e que as decisões a respeito da reprodução estão permeadas pelo valor família, inclusive nas MVHA. Acrescenta-se a isto o exposto por Henrich et al. (2008), os quais afirmam que nas sociedades tradicionais a maternidade se faz

como elemento obrigatório e regra a ser cumprida para que a instituição família se perpetue, e que o papel da mulher como responsável pela geração de filhos aparece como elemento incondicional na relação destas com as suas famílias.

Liuzzi et al. (2013) afirmam que estudos demonstram que nos últimos anos houve o aumento de desejo da maternidade entre as MVHA, possivelmente em decorrência do uso de ARV, e a conseqüente diminuição do número de abortos e da transmissão vertical. Entretanto, os autores referem que as MVHA apresentam um risco elevado de desfechos indesejados durante a gestação, especialmente se apresentarem idade avançada, infecção pelo HIV de longa data, e tratamento com ARV. Um dos achados destes autores foi a associação entre uso de ARV e a ocorrência de parto prematuro. Tal achado corrobora com o exposto por Townsend et al. (2008).

Identifica-se, portanto, um paradigma no que se refere à reprodução das MVHA. Se por um lado ocorre o desprestígio e a desvalorização social das mulheres que não exercem a maternidade, por outro, as mulheres infectadas enfrentam um julgamento social ao assumirem uma gestação, sendo muitas vezes criticadas pelos próprios profissionais de saúde. Orner et al. (2011) sinalizam que pessoas com HIV tem relatado atitudes discriminatórias e julgamentos por parte dos profissionais da saúde no que se refere as suas intenções reprodutivas. Atitudes como estas impactam no exercício do direito reprodutivo, e conseqüentemente na saúde reprodutiva, e prejudicam o vínculo profissional/usuário, diminuindo a efetividade do cuidado, e a adesão ao pré-natal.

Knauth et al. (2002) afirmam que diferentemente das demais mulheres, nas quais de uma forma geral as decisões reprodutivas são tomadas individualmente e/ou levando-se em consideração as expectativas dos parceiros, nas gestantes vivendo com HIV a prescrição médica e a conduta adotada pelo serviço de saúde é maciçamente levada em consideração, ficando seus desejos e vontades em segundo plano. Identifica-se, portanto, que a lei nº 9.263, que coloca o planejamento familiar como direito de todo cidadão, e o define 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, 1996a), seja considerada durante o atendimento das MVHA, e que estas não só tenham acesso à ações e serviços, mas também a uma abordagem isenta de discriminação.

Cordova (2013) ressalta a importância dos profissionais da saúde serem preparados para orientar PVHA para além da profilaxia da transmissão vertical, já que uma abordagem baseada somente no controle técnico pode desestimular ou censurar a gravidez no contexto da Aids. Outra recomendação da autora é abordar também questões relacionadas à sexualidade e reprodução, já que os casais continuam utilizando métodos contraceptivos inadequados, tendo gestações indesejadas, assim como não tendo a melhor evolução nas gestações desejadas.

Além de dispor de serviços e profissionais capacitados para atender estas demandas, frisa-se a necessidade de garantia de acesso e vinculação dessas mulheres a estes equipamentos de saúde, já que a grande maioria destas mulheres encontra-se em situação de vulnerabilidade e a busca por auxílio pode estar prejudicada, ou ainda haver a ausência da percepção da necessidade de cuidados.

Em sua pesquisa, MacCarthy et al. (2012) apontam inúmeros estudos que trazem diferentes perspectivas sobre a gestação em MVHA, e que muitas mulheres desejam ser mães independentemente do resultado da sorologia para o HIV, citando uma série de fatores que influenciam as intenções de gravidez, como por exemplo: a vontade do parceiro, a pressão da sociedade, não ter filhos com o parceiro atual, perda de um filho, desejo de ter um filho homem, entre outros. Neste sentido, alguns estudos registraram que a intenção de ter filhos entre MVHA esteve mais associada ao tamanho de suas famílias, do que ao fato de estarem infectadas com vírus do HIV (SANTOS et al. 2002, VILLELA; BARBOSA, 2017).

Os mesmos autores afirmam ainda que eventuais diferenças nos desejos de engravidar entre as mulheres que vivem com e sem HIV não pode ser considerada como sendo atribuível somente à infecção pelo HIV, e que o desejo de uma MVHA engravidar parece ser influenciado por um conjunto complexo de fatores interligados, com circunstâncias individuais que contribuem para resultados diferentes quando ocorridos em outro contexto.

Levar em consideração o contexto social no qual estas mulheres estão inseridas é de extrema relevância, já que de acordo com Heilborn e Gouveia (1999) as classes populares apresentam uma lógica peculiar de leitura do mundo, dando origem a formas específicas de modelação da subjetividade, dimensão particularmente importante no que concerne o tema da sexualidade e saúde. Os autores afirmam ainda que as concepções de gênero das classes populares

reforçam a lógica de domínio do sexo masculino sobre o feminino, fator que influencia o comportamento sexual e reprodutivo.

Em uma pesquisa realizada com MVHA na Dinamarca, identificou-se que 15% das entrevistadas desejavam engravidar, e 15% encontravam-se indecisas quanto à gestação (LAURSEN et al., 2013). Dados semelhantes são encontrados em um estudo realizado com PVHA em Uganda, no qual 21% dos entrevistados afirmaram que eles ou seus parceiros desejavam ter mais filhos (WANYENZE et al. 2011).

Uma metassíntese realizada por Carlsson-Lallo et al. (2016), evidenciou que a gestação em MVHA, apesar de gerar preocupações e ansiedade, é frequentemente identificada por elas como um evento positivo, já que se trata de uma ocorrência socialmente reconhecida e representa uma nova chance, esperança, e razão de viver. Os autores apontaram, no entanto, que apesar de a gestação estar relacionada à normalidade e à completude, as recomendações realizadas com o intuito de evitar a transmissão vertical do HIV, como por exemplo, as relacionadas à impossibilidade do parto normal e da amamentação, podem provocar sentimentos de perda às MVHA.

O ciclo gravídico corresponde a uma experiência singular e complexa para todas as mulheres, sendo permeada por sentimentos ambivalentes, como alegria/tristeza, segurança/insegurança (PICCININI et al., 2004), porém nas MVHA esse sentimento é acompanhado ainda por um estado de ansiedade e culpabilidade em função do risco de transmissão vertical (RIGONI et al., 2008). Cartaxo et al. (2013) identificaram que gestantes vivendo com HIV/Aids têm dificuldades para aderir aos medicamentos antirretrovirais de forma imediata, relutância em aceitar a possível indicação do parto cesáreo, e frustração diante da impossibilidade de amamentação.

Em contra posição, uma pesquisa realizada com casais em profilaxia da transmissão vertical do HIV, Langendorf et al. (2015) identificaram que o sofrimento durante o tratamento contribuiu para a aproximação do casal e cuidado um com o outro, fazendo com que se reconhecessem e se vissem como um só, sendo esta constituição fundamental para o êxito do tratamento. Os participantes afirmaram que viviam para o filho, e que a partir dele caminhavam para a completude da constituição familiar. Neste contexto, o filho torna-se o centro do núcleo familiar, uma vez que os pais além de cuidarem do filho, passam também a cuidarem de si próprios.

Um estudo realizado com MVHA no município de Porto Alegre identificou que a ocorrência de gestações após o diagnóstico de HIV esteve associado à piores indicadores sociais, idade de iniciação sexual mais baixa, maior número de gestações, maior número de filhos, maior desejo de ligadura tubária (LT), maior ocorrência de violência física e sexual, maior percentual de uso de drogas durante a vida, e maior ocorrência de discriminação nos serviços. Entre as gestantes pós-diagnóstico, 51,9% referiram utilizar algum método contraceptivo, no entanto, 65,4% das gestações não foram planejadas. A autora concluiu que a ocorrência de gestações após o diagnóstico da infecção pelo HIV se deu em contextos de grande vulnerabilidade (TEIXEIRA et al., 2013).

Um estudo transversal realizado com homens e mulheres infectados com HIV em Uganda encontrou que 33% dos entrevistados não usavam preservativos ou usavam de forma inconsistente, sem nenhum outro método de contracepção em conjunto, apresentando, portanto, alto risco de uma gestação não planejada, já que 73% destes referiram não querer mais filhos (NAKAYIWA et al., 2006).

Uma pesquisa brasileira realizada com 114 mulheres de 15 a 49 anos vivendo com HIV no estado da Bahia mostrou que 71,9% dessas mulheres apresentou gravidez não planejada, e que somente 62,2% faziam uso de preservativo masculino (BRANDÃO et al., 2015), sinalizando a fragilidade das políticas públicas, assim como dos serviços de planejamento familiar, no que se refere a estratégias que auxiliem estas mulheres no exercício do direito reprodutivo.

Em seu estudo para avaliar a adesão a métodos de planejamento familiar e gravidez não planejada entre MVHA em Uganda, Wanyenze et al. (2011) obtiveram como achado números elevados de gestações não desejadas, e que o percentual do uso de contraceptivos era equiparado entre as mulheres que desejavam e as que não desejavam ter mais filhos. Outro importante achado foi que mulheres que não discutiam o número de filhos com seus parceiros, e as mulheres que não tinham revelado o seu estado sorológico aos seus parceiros sexuais eram menos propensas a usar métodos contraceptivos.

Laursen et al. (2013) identificaram em sua pesquisa que as MVHA que não divulgaram seu status sorológico apresentavam um desejo maior de engravidar. O mesmo trabalho apontou que 37% dos entrevistados consideravam o HIV como um obstáculo para ter filhos devido a fatores como o medo de transmissão do HIV para a criança (24%) e para o parceiro (16%), medo de morte precoce deixando a criança

(14%), e dificuldades em encontrar um parceiro (14%). Apesar disso, o desejo de ter filhos não foi significativamente associado com a contagem atual de células CD4, o tratamento do HIV, ou a duração da infecção por HIV.

Estes resultados nos apontam a necessidade de investir em métodos contraceptivos eficazes, disponibilizando-os na rede, e garantindo orientações em relação ao seu uso correto e sistemático. Faz-se necessário estimular a comunicação entre os parceiros quanto à revelação do seu estado sorológico, investir em educação em saúde na tentativa de mitigar o estigma, ampliar o conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos e estímulo ao empoderamento e autonomia, bem como disponibilizar o acompanhamento psicossocial de PVHA e seus parceiros.

O estudo de Laursen et al. (2013) verificou que das 15 crianças concebidas após o diagnóstico de HIV de um dos pais, 12 não contaram com o apoio da reprodução assistida, ampliando o risco de transmissão ao parceiro e a criança. Os autores citam ainda estudos realizados nos Estados Unidos da América e na Itália que não identificaram diferença no desejo de engravidar de mulheres com e sem HIV.

Frente à preocupação mundial com a infecção de crianças pelo vírus do HIV, e com o objetivo de se prevenir a transmissão vertical, a Organização Mundial da Saúde investe nas seguintes abordagens: Prevenção da infecção pelo HIV entre mulheres em idade fértil; Prevenção da gravidez não desejada; Prevenção da transmissão vertical do HIV; Fornecimento do tratamento adequado, cuidado, e apoio para mães que vivem com HIV, seus filhos, e suas famílias (WHO, 2010).

No Brasil, a preocupação quanto à redução dos casos de transmissão vertical do HIV pode ser atestada pelas recomendações do Ministério da Saúde na assistência às gestantes com HIV, nos esforços pelo amplo acesso ao teste anti-HIV nas rotinas de pré-natal e nos centros obstétricos. Além destas recomendações, tem-se ainda o uso de ARV durante a gestação, trabalho de parto e parto, e nos recém-nascidos (BRASIL, 2006), que seguirão acompanhados pela vigilância epidemiológica como criança exposta ao HIV.

A partir da implantação da Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical, e a ampla oferta de tratamento gratuito ao HIV no SUS, deu-se uma drástica diminuição do risco de transmissão vertical da doença, fator que pode servir como

motivador do desejo à maternidade e visto como a possibilidade de se exercer o direito reprodutivo.

No estado do Rio Grande do Sul, a Nota Técnica 01/2014 SES-RS/DAS recomenda a nível estadual a testagem anti-HIV e Sífilis em 100% das gestantes e puérperas nas maternidades com o objetivo de não se perder a oportunidade do diagnóstico e tratamento oportuno (RIO GRANDE DO SUL, 2014), medida esta de suma importância para a diminuição da transmissão vertical do HIV, já que alguns municípios do estado apresentam altas taxas de detecção de HIV, assim como de transmissão vertical.

É de suma importância que as MVHA tenham acesso às medidas preconizadas para evitar a transmissão vertical, e minimizar assim o impacto da epidemia na sociedade, já que de acordo com o Ministério da Saúde, a chance de transmissão vertical durante a gravidez pode chegar a 20%, se estas medidas não forem adotadas. Este risco pode, no entanto, ser reduzido a menos de 1% se for feito o uso combinado de ARV na gestante e no recém-nascido, realizado o parto cesáreo, e se não for realizado o aleitamento materno (BRASIL, 2016b).

2.3.1 Desfechos de Saúde Reprodutiva em MVHA

Sabendo que a maioria das MVHA encontra-se em idade reprodutiva, e considerando que 96,5% das MVHA acima de 13 anos entre os anos de 2007 e 2016 tiveram como categoria de exposição ao HIV a relação heterossexual (BRASIL, 2016a), verifica-se que a maioria das MVHA estão suscetíveis a uma gravidez, já que em sua grande maioria estas mantêm ou mantiveram relações sexuais desprotegidas com homens.

A taxa de detecção de HIV em gestantes no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos, passando de uma taxa de 2,1 casos para cada mil nascidos vivos em 2006, para 2,7 em 2015 (aumento de 28,6%), sendo a região sul do país a região que apresentou a maior taxa de detecção em gestantes no ano de 2015 (5,9 casos/1000 nascidos vivos) (BRASIL, 2016a).

O Rio Grande do Sul foi o estado com a maior taxa de detecção de HIV em gestantes em 2015, com 10,1 casos para cada mil nascidos vivos, problemática esta que se estende para a capital do estado, a qual apresentou no mesmo ano uma taxa de detecção de gestantes com HIV de 22,9 casos/mil nascidos vivos, número que é 8,4 vezes maior do que a taxa nacional, e 2,3 vezes maior do que a taxa estadual,

configurando-a como a capital brasileira com a maior taxa de detecção de gestantes com HIV (BRASIL, 2016a).

No ano de 2016, Porto Alegre registrou 383 partos realizados em gestantes com HIV, destes, 49% foram em mulheres brancas, e 43,8% em mulheres negras, dados desproporcionais se considerarmos que os negros correspondem a somente 20% da população do município, o que aponta maior vulnerabilidade em termos de raça/cor. O município apresentou em 2014 uma taxa de transmissão vertical de 3% (PORTO ALEGRE, 2017).

De acordo com o relatório da UNAIDS (2013), as gestantes com HIV se mostram menos propensas à realização do tratamento ARV, tendo somente 62% delas realizado o tratamento no ano de 2012, o que aponta a necessidade de maiores esforços para vincular estas mulheres ao tratamento. Apesar disso, o Ministério da Saúde afirma que as mulheres grávidas estariam mais propensas a aderir ao tratamento como forma de proteção da criança, existindo, no entanto, dificuldades na adesão que impactam na eficácia do tratamento, fazendo com que somente 70% das gestantes em tratamento com ARV, e sem o uso pregresso dos medicamentos, atinjam supressão viral próximo ao parto. Cabe salientar que este problema pode se agravar após o parto, já que a adesão ao tratamento tende a diminuir (BRASIL, 2015b).

Cartaxo et al. (2013) afirmam que as medidas preventivas da transmissão vertical geram insatisfação em função da possível indicação de cesariana, frustração e culpabilização devido a impossibilidade de amamentação, e resistência inicial ao uso dos ARV em função da grande quantidade de medicamentos, postura esta que é revista após a compreensão dos benefícios do tratamento e que resulta na adesão ao ARV.

Um estudo realizado em 2014 com mulheres grávidas e no pós-parto, mostrou que fatores como maior idade, escolaridade da mulher, a revelação do diagnóstico aos familiares e parceiro sexual, e a capacidade de administrar o tratamento em meio às atividades diárias, estiveram associados à adesão ao tratamento, enquanto o uso de álcool e outras substâncias psicoativas, o temor da revelação do diagnóstico para a sociedade, e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde interferiram negativamente na adesão (HODGSON et al., 2014).

Outro desfecho de saúde reprodutiva associado à infecção do HIV, e amplamente discutido na literatura, é a ocorrência de aborto induzido, a qual registra

altas taxas entre as MVHA (FIGUEIREDO, 2010; FRIEDMAN et al., 2011; VILLELA et al., 2012). Uma pesquisa realizada com MVHA na cidade de Porto Alegre identificou que 14,9% das gestantes apresentaram aborto espontâneo, e 4,7% delas aborto provocado (TEIXEIRA et al., 2013), no entanto, dados oficiais do Sistema de Informação de Notificação de Agravos registrou 6.076 gestações em MVHA entre os anos de 2002 e 2016 na cidade de Porto Alegre, das quais 217 (3,6%) resultaram em aborto, e 112 (1,8%) em natimortos (PORTO ALEGRE, 2017).

A despeito da cidade de Porto Alegre ter sido a capital brasileira com a maior taxa de detecção de HIV em gestantes no ano de 2015 (BRASIL, 2016a), no ano de 2016 o município registrou número maior de nascimentos de crianças expostas ao HIV do que de retirada de medicamentos ARV por gestantes (PORTO ALEGRE, 2017). Tal situação é ainda mais preocupante ao considerarmos que o fornecimento da medicação ocorre de forma gratuita pelo SUS, e que a não utilização de ARV durante a gestação aumenta consideravelmente o risco de transmissão vertical do HIV. Algumas situações que podem provocar variações nestes números são: (a) gestantes com HIV sem diagnóstico; (b) gestantes oriundas do interior do estado para a realização do parto na cidade de Porto Alegre; e (c) dificuldade no registro e controle da dispensação de medicamentos ARV para gestantes HIV no município.

O conceito de saúde reprodutiva, invariavelmente inclui do ponto de vista biológico, a reprodução; é relevante discutir que existe uma escolha associada à reprodução, que pode ou não ser condizente com o comportamento reprodutivo. Essa possibilidade de escolha, a partir da adoção de práticas contraceptivas perpassa pelo conceito de direito reprodutivo. Dessa forma, enfatiza-se a importância de serviços que disponham das condições necessárias para a oferta de ações voltadas ao planejamento familiar dessas mulheres, e possibilitando assim a adoção de métodos condizentes com as suas decisões sobre reprodução, fazendo assim uma aproximação da saúde com o exercício do direito reprodutivo.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 constatou que quase 80% das mulheres de 15 a 44 anos utilizavam algum método contraceptivo, sendo o anticoncepcional oral (ACO) o método mais utilizado no país (27,4%), seguido pela LT (25,9%), e pelo uso de preservativo (13%) (BRASIL, 2009).

No município de Porto Alegre, no ano de 2016 o método contraceptivo mais distribuído pela Gerência de Materiais da Secretaria Municipal de Saúde para as

unidades de saúde foi o anticoncepcional injetável, seguido pelo ACO. A ligadura tubária aparece em terceiro lugar entre os métodos contraceptivos mais utilizados na rede municipal neste mesmo ano (PORTO ALEGRE, 2017).

Em relação à ligadura tubária, identifica-se uma importante redução no número de procedimentos realizados na rede pública do município de Porto Alegre nos últimos dez anos, que passou de 2.125 ligaduras em 2007 (PORTO ALEGRE, 2008), para 1.156 procedimentos em 2016 (PORTO ALEGRE, 2017).

Em uma pesquisa realizada por Knauth et al. (2002), os dados apresentados podem sugerir que no município de Porto Alegre as MVHA estão tendo dificuldades de acessar a ligadura tubária, sendo no entanto necessário que mais pesquisas avaliem o acesso dessas mulheres a este procedimento, já que segundo os autores o que pode ocorrer é um desacordo entre o nível de satisfação dessas usuárias, e a oferta dos serviços. Apesar disso, outra pesquisa identificou altas taxas de esterilização cirúrgica em MVHA (BARBOSA, 2003). Torna-se, portanto, necessário avaliar o acesso das MVHA à ligadura tubária dentro da dinâmica da saúde reprodutiva, e identificar possíveis mudanças no acesso a este procedimento nos últimos anos, já que houve um incremento de métodos contraceptivos, uma possível mudança na concepção das pessoas, assim como uma maior divulgação da Lei 9.263, que veda a esterilização cirúrgica durante os períodos de parto ou aborto sem a comprovada necessidade.

2.4 Políticas Públicas Voltadas ao Enfrentamento do HIV/Aids no Brasil.

A política de prevenção e atenção ao HIV/Aids brasileira é reconhecida internacionalmente como uma das mais eficazes (CARTAXO, 2013), especialmente pela sua extensão e cobertura, considerada um exemplo a ser seguido por países desenvolvidos (MENDES, 2013). Apesar disso, existem inúmeras dificuldades na obtenção da integralidade das ações dirigidas às PVHA, principalmente no que se refere às especificidades relativas às mulheres, já que existem obstáculos sociais, familiares, individuais, e programáticos que tornam mais complexo o viver com HIV/Aids para as mulheres (BRASIL, 2011b).

A resposta brasileira à epidemia do HIV é reconhecida mundialmente devido a uma série de avanços, entre eles o acesso ao tratamento em uma época em que muitos afirmavam que países em desenvolvimento deveriam trabalhar somente com a prevenção, por integrar ações com os movimentos sociais, pela prevenção em alta

escala, por adotar o tratamento como prevenção, e por ampliar o acesso ao teste rápido, ao introduzir o teste na rede de Atenção Básica (BARBOSA, 2015).

O percurso realizado pelo Ministério da Saúde até que se conquistasse o tratamento gratuito do HIV/Aids para todas as PVHA, teve como marco a publicação da Lei Nº 9.313, que institui a distribuição gratuita de medicamentos do HIV/Aids (BRASIL, 1996b). Posteriormente, destacaram-se as estratégias adotadas entre os anos de 2001 e 2007, com o intuito de reduzir os preços dos ARV, tais como a negociação de preços com ameaça de emissão de licença compulsória; a contestação de pedido de patente por laboratório público oficial; a emissão de licença compulsória para importação e a posterior produção local do medicamento (CHAVES et al. 2015).

Frente às mudanças no perfil epidemiológico, e as características dos diferentes locais e contextos nos quais a infecção do HIV está inserida, precisa-se avaliar constantemente as políticas, e identificar a necessidade de se repensar estratégias de controle ao HIV que correspondam às necessidades de cada local, assim como contemplem o acesso às demandas singulares de cada usuária.

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, lançado em 2007 e revisado em 2011, visou ampliar os trabalhos realizados na área de promoção aos direitos sexuais e reprodutivos, diagnóstico, assistência, prevenção, tratamento e apoio às MVHA, além de intervir nos contextos de vulnerabilidade por meio da implementação de políticas voltadas não somente à saúde das mulheres, mas também aos adolescentes, sistema penitenciário, população negra, Atenção Básica, e combate à violência. Preconizou ações intersetoriais nas três esferas de governo, envolvendo organizações da sociedade civil, representantes de governo, e os movimentos sociais, com a finalidade de desenvolver, monitorar e avaliar as políticas, programas, ações, e estratégias de combate à infecção (BRASIL, 2011b).

São inúmeras as estratégias que devem ser adotadas com o intuito de interferir na disseminação da doença, assim como uma gama de ações devem ser desenvolvidas para o controle da doença e de suas especificidades, medidas estas que devem traçadas de acordo com o cenário temporal e as necessidades de cada local. Para exemplificar o exposto acima resgata-se uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para reverter a incidência de casos de transmissão vertical, o qual recomendou a instituição de comitês de investigação de transmissão vertical

nos municípios, visando analisar oportunidades perdidas de prevenção da transmissão vertical, identificar as possíveis falhas e apontar medidas de intervenção (BRASIL, 2015b). No município de Porto Alegre, esta iniciativa ganhou corpo no ano de 2013, sendo, no entanto, oficializada somente em 2015 com o decreto nº 19.008, e intitulada como “Comitê Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis” (PORTO ALEGRE, 2015).

As políticas públicas exercem um importante impacto sobre o perfil epidemiológico de uma população, já que além de disparar ações relacionadas à prevenção e recuperação em saúde, promovem movimentos intersetoriais com ênfase na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Identificar práticas de exposição, e disparar ações com vistas a ampliar o acesso da população à programas de prevenção do HIV é fundamental para controlar o avanço da epidemia de Aids no país, e minimizar a suscetibilidade de pessoas vivendo em um contexto de vulnerabilidade, entre elas, a população feminina.

Apesar de todas as pessoas estarem suscetíveis a contrair o HIV, existem fatores associados que fazem com que a epidemia não atinja a todos os indivíduos da mesma forma, não por pertencerem a um grupo de risco como se pensava no início da epidemia, mas por estarem mais suscetíveis às práticas de risco.

O conceito de vulnerabilidade, norteador das ações de combate à Aids no Brasil, pressupõe um conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos que incidem diretamente sobre a maior ou menor exposição de homens e mulheres ao HIV/Aids (BRASIL, 2011b).

A vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual. Além de trabalhar essas dimensões sociais (vulnerabilidade social), é um desafio permanente e de longo prazo sofisticar os programas de prevenção e assistência abrindo espaço para o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos mais estruturais da prevenção e sobre o acesso e para as experiências diversas com os meios preventivos disponíveis (vulnerabilidade programática), para que, no plano das crenças, atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

Para reverter o cenário de feminização da Aids e romper os ciclos de violência, desempoderamento e desvalorização aos quais elas estão submetidas, devem-se adotar ações afirmativas para a inserção das mulheres no mercado de trabalho, geração de renda, aumento do nível de escolaridade, ampliar a

participação no controle social, apoio à organização política para ação em rede, e mobilização para a defesa dos seus direitos. Há a necessidade de se considerar estratégias que visem ao fortalecimento da mulher que se encontra em situação de pobreza, através de um plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia, articulando setores de saúde, de políticas para as mulheres, com iniciativas como o Programa Bolsa Família, que visam reduzir desigualdades sociais em saúde, sobretudo no que diz respeito às ações de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e prevenção do HIV/Aids, uma vez que 90% das beneficiárias são mulheres (BRASIL, 2011b).

2.4.1 Políticas Públicas Voltadas à Saúde Reprodutiva

Os movimentos sociais, principalmente o movimento feminista, serviram como propulsores para os inúmeros avanços obtidos nas áreas do direito e da saúde reprodutiva nas últimas décadas. Estes movimentos estiveram atrelados às discussões em conferências internacionais, como a “Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento” (CIPD), realizada em 1994 na cidade de Cairo, e que se destacou, entre outros motivos, por ter a reprodução como um dos temas centrais e trazer legitimidade para o conceito de saúde reprodutiva (TEIXEIRA, 2012).

A CIPD teve como foco o desenvolvimento humano e provocou um extenso debate em torno dos direitos humanos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos. Assim como na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, os Programas e as Plataformas de Ação propostos na CIPD enfatizaram a necessidade de se promover a igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, e de se promover, de igual modo, o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005).

Nacionalmente, os movimentos feministas fizeram com que na década de 60 a sexualidade e a reprodução fossem não mais vistas de uma forma dependente, havendo uma dissociação destas terminologias a partir da instituição da pílula anticoncepcional que além de inserir progressivamente as mulheres no mundo do trabalho, proporcionou uma maior liberdade sexual às mulheres que passaram a ter a capacidade de optar ou não pela reprodução, o que até então lhe era praticamente imposto (FRANÇA; BAPTISTA, 2007).

No início do século XX, as políticas públicas brasileiras já incorporavam ações voltadas à saúde da mulher, porém se limitavam à questões relacionadas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004), não ofertando um olhar integral a saúde da mulher que respondesse às demandas gerais dessa população, e não levando em conta uma vasta gama de fatores que influenciam na dicotomia saúde-doença.

Nas décadas de 30, 50 e 70, foram criados programas materno-infantis que mantinham ainda uma visão restrita sobre as mulheres (BRASIL, 2004), no entanto a partir dos movimentos feministas da década de 70 houve algumas iniciativas do governo brasileiro com o intuito de responder às demandas deste grupo. O “Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM) elaborado em 1983 rompeu com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido, e incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral das mulheres, e responsabilizou o estado com os aspectos da saúde reprodutiva (BRASIL, 2013a), incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, assistência ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, regulação da fertilidade humana, aborto, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004; BRASIL, 1985).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, baseando-se na integralidade e na promoção em saúde como princípios norteadores, considerando a perspectiva de gênero, e buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Este documento, além de abordar e qualificar algumas questões inseridas no PAISM e já mencionadas acima propõe a melhoria da atenção obstétrica, atenção ao abortamento inseguro, combate à violência doméstica e sexual, além da prevenção e o tratamento de MVHA. Visa ainda contemplar grupos anteriormente excluídos das políticas públicas, como mulheres rurais, indígenas, presidiárias, lésbicas, entre outros (BRASIL, 2004).

No ano seguinte, em 2005, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores, lançou o documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, o qual apresenta as diretrizes para a garantia dos direitos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar. A política do planejamento familiar passou a ser desenvolvida no âmbito da atenção integral à saúde da mulher, do homem e dos adolescentes,

enfatizando a importância da prevenção do HIV/Aids e de outras DSTs paralelamente às ações de planejamento familiar (BRASIL, 2005).

Em 2011, a Rede Cegonha foi instituída como estratégia de implementação de uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tem como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, e aponta entre as suas ações, a prevenção e o tratamento das DSTs, HIV/Aids e hepatites virais, com disponibilização de testes rápidos de HIV (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015b).

Observa-se que há um nítido avanço na conquista de direitos por parte das mulheres através do incremento das políticas e ofertas em saúde, inclusive no campo da reprodução. No entanto, de acordo com Henrich e Kern (2015), apesar de os debates das políticas e programas governamentais incluírem as questões de gênero, ainda há uma vulnerabilidade por parte das mulheres, já que estas se encontram excluídas ao analisarmos a sua inserção social. Os autores acima afirmam que os avanços mencionados se dão a partir da mobilização de atores sociais, entretanto identificam que neste contexto a discussão acerca das MVHA está sendo altamente excludente, encontrando dificuldades para construir formas de enfrentamento que alterem sua realidade.

Embora se reconheçam avanços no plano das políticas, Rossi (2014) afirma que o enfoque às ações de cuidado centra-se em informações sobre o processo saúde-doença do HIV, estilos saudáveis de vida, transmissão do vírus, reinfecção, adesão ao tratamento e prevenção. Identifica-se que as questões reprodutivas não são prioridade no planejamento assistencial, sendo fundamental a reflexão acerca de como este casal vivencia suas possibilidades reprodutivas, buscando estratégias para realizar o desejo de casais que enfrentam a necessidade de romper com o silêncio e desafiar o estigma associado às PVHA (PAIVA et al., 2002, LANGENDORF et al., 2015).

É preocupante a inexistência de políticas efetivas voltadas às MVHA no campo da reprodução, sendo esta uma temática relevante para a saúde pública, e um desafio a ser vencido pelo sistema de saúde brasileiro, já que segundo Dhont et al. (2011) há evidências de que a fertilidade é afetada pelo vírus HIV.

Inovações tecnológicas destinadas à reprodução são pouco debatidas no âmbito das políticas públicas de saúde, principalmente no caso de PVHA. O problema do acesso de casais soropositivos ou sorodiscordantes às novas tecnologias reprodutivas é atravessado pelo estigma e pelo julgamento moral (MOAS et al., 2013). No entanto, mesmo com a falta de acesso à tecnologia de reprodução assistida e o conseqüente risco de transmissão do HIV, casais sorodiscordantes continuam em busca da gestação (MACCARTHY et al. 2012).

Para as MVHA, assumir a maternidade e enfrentar julgamentos da sociedade e as adversidades de uma gestação com HIV pode representar desafios gigantescos, sendo imprescindível a existência de políticas e tecnologias reprodutivas voltadas a estas mulheres, já que podem representar a realização de um sonho para a mulher, e a garantia de uma fertilização sem exposição e sem risco de contágio em casais soro discordante. Dispor de políticas públicas que garantam o direito e o acesso à reprodução de casais soropositivos para o HIV ou casais soro discordantes, e ofereçam serviços de saúde preparados para o atendimento e acompanhamento destes casais durante todo o período pré e pós-gravídico é fundamental para a manutenção da qualidade de vida destes usuários, e o fortalecimento da autonomia e direito reprodutivo.

Sendo assim, faz-se necessário o amplo debate desta temática nos mais diversos espaços de discussão, só assim dar-se-á a mudança de valores na sociedade, com o reconhecimento da necessidade de investimento em políticas públicas que respondam à estas demandas e estimulem a execução de pesquisas que abordem tanto aspectos subjetivos da gravidez em MVHA, quanto proporcionem achados relevantes para o exercício do direito reprodutivo e da saúde em sua integralidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a saúde reprodutiva e práticas contraceptivas de mulheres no município de Porto Alegre - RS, comparando características encontradas entre as mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids.

3.2 Objetivos Específicos

1. Traçar o perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids, usuárias do serviço público de saúde do município de Porto Alegre;
2. Comparar as práticas contraceptivas entre mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids;
3. Comparar as características gestacionais entre as mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids;
4. Avaliar as variáveis relacionadas à vulnerabilidade ao HIV/Aids em mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids;
5. Avaliar as características comportamentais de mulheres vivendo com HIV/Aids.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Este projeto é oriundo de um estudo de maior amplitude, denominado “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre”, delineado como um estudo transversal e composto por dois grupos de mulheres, sendo (1) um grupo formado por usuárias da rede pública de saúde sem diagnóstico conhecido de HIV, e (2) um grupo formado por mulheres soropositivas para o HIV e que eram atendidas em serviços especializados.

4.1 População Pesquisada e Cálculo Amostral

A amostra foi constituída por mulheres de 18 anos a 49 anos de idade, todas as usuárias da rede pública de saúde do município de Porto Alegre. Dividida em dois grupos, e considerando-se o efeito do delineamento por amostragem complexa (*deff*) igual a 1,6, o cálculo amostral foi definido em 1230 mulheres, sendo 615 incluídas no grupo MVHA, e 615 mulheres no grupo de MNVHA. Como o intuito de garantir a amostra previamente estabelecida, obteve-se um total de 1326 mulheres participantes da pesquisa, sendo entrevistadas 686 MVHA e 640 MNVHA.

O estudo original buscou comparar ambos os grupos acima mencionados em relação às variáveis estudadas, apresentando nível de significância bilateral de 5% e um poder de 80%. Foram excluídas da amostra as mulheres que não apresentaram capacidade cognitiva/mental para participarem do estudo.

O plano amostral utilizado corresponde a uma amostra estratificada em dois estágios, sendo o primeiro estrato formado pelas mulheres que não possuíam o diagnóstico de infecção pelo HIV e eram atendidas nos serviços de saúde de atenção primária à saúde, e o segundo estrato por mulheres vivendo com HIV que eram atendidas nos serviços de saúde da rede pública destinados ao acompanhamento de mulheres com HIV e que estavam sendo acompanhadas em ginecologia/obstetrícia e/ou infectologia.

Dentro de cada estrato, as unidades primárias de seleção foram os serviços de saúde, e as mulheres atendidas nos serviços de saúde selecionados foram as unidades secundárias de seleção. No estrato de mulheres que não possuíam o diagnóstico de infecção pelo HIV, os serviços de saúde foram agrupados por distrito

sanitário e, posteriormente, ordenados pela mediana do número de atendimentos dentro de cada distrito sanitário.

No primeiro estágio foi selecionada uma amostra sistemática de 40 serviços de saúde, com início aleatório, e no segundo estágio, uma amostra aleatória simples de mulheres em cada um dos serviços selecionados, proporcional ao número total de atendimentos do serviço. No estrato das mulheres vivendo com HIV/Aids todos os serviços foram incluídos no primeiro estágio e uma amostra aleatória simples de mulheres foi selecionada em cada serviço, proporcional ao número total de atendimentos. As unidades amostrais do estudo são as mulheres.

O peso amostral de cada mulher na amostra foi composto pelo produto dos pesos das unidades amostrais em cada estágio.

A probabilidade de um serviço de saúde ser selecionado no estrato h foi

onde

= número de serviços de saúde no estrato h e

= número de serviços de saúde na amostra dentro do estrato

A fração amostral da segunda etapa é definida por:

onde

N_{hi} = número de mulheres no serviço de saúde i do estrato h e

n_{hi} = número de mulheres na amostra do serviço de saúde i do estrato h

A probabilidade de uma mulher ser incluída na amostra foi dada por

O peso final é o inverso da probabilidade de seleção de cada unidade amostral dentro do estrato , definido por:

4.2 Locais de Realização da Pesquisa

Foram incluídos na pesquisa os serviços de saúde da rede pública da cidade de Porto Alegre que atendem MVHA em ao menos uma das seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia e infectologia. Dessa forma, o trabalho de campo deste estudo ocorreu em sete serviços: SAE (Serviço de Atendimento Especializado) Vila dos Comerciários; SAE IAPI; Ambulatório Especializado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital Fêmeina; Hospital Nossa Senhora da Conceição; Ambulatório de Dermatologia Sanitária; Hospital Sanatório Partenon.

As mulheres sem diagnóstico de HIV foram oriundas de 26 serviços da atenção primária de forma a contemplar as oito Gerências Distritais de Saúde do Município de Porto Alegre, sendo estas compostas por um, ou mais distritos sanitários.

4.3 Logística do Trabalho de Campo

O número de participantes selecionadas em cada um dos serviços foi proporcional à quantidade de atendimentos realizados pelo serviço. Após as devidas aprovações nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, foi realizado um mapeamento de todos os serviços a fim de identificar o número de pacientes atendidas, rotinas e horários de atendimento, dados estes necessários para a distribuição da amostra nos serviços e organização da coleta de dados.

A fim de garantir a aleatoriedade, as mulheres foram selecionadas de acordo com a lista de atendimento do dia em cada um dos serviços.

Foi realizado convite para participar do estudo no momento de comparecimento à consulta, realizando-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e coletando-se o consentimento formal para participação na pesquisa (condução da entrevista). Cada serviço participante do estudo exigiu mudanças no TCLE original (**ANEXO 1**) que correspondiam a inclusão dos dados de contato do CEP da instituição.

As entrevistas foram conduzidas em tablets, em ambiente reservado e adaptado de acordo com as características de cada serviço, com a finalidade de garantir a confidencialidade das informações. Posteriormente, todas as informações

foram armazenadas em programa específico, para realização do controle de qualidade e análise dos dados.

4.4 Análise dos Dados

As diferenças entre os grupos foram analisadas por meio de teste de associação de Qui-quadrado de Pearson (ou teste exato de Fischer) para variáveis categóricas, e do teste T-student ou do teste não paramétrico de Mann-Whitney para as variáveis contínuas. Comparações brutas e ponderadas são apresentadas em tabelas, sendo considerado em todas as análises o nível de significância estatística de 5%.

O software SPSS (versão 21) utilizado para as comparações brutas e o software STATA (versão 11) foi utilizado para produzir a ponderação de respostas das mulheres divididas nos dois grupos, conforme o cálculo de ponderação já apresentado.

4.5 Aspectos Éticos

O presente estudo foi planejado obedecendo às exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, estando em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS n° 466/2012 e suas complementares; portanto a eticidade da pesquisa implicou em:

- obtenção de TCLE;
- ponderação entre riscos e benefícios (beneficência);
- garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);
- relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa (justiça e equidade).

O projeto de pesquisa que permitiu a utilização de dados para essa dissertação foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição de origem do projeto (**ANEXO 2**), assim como em todos os Comitês de Ética das instituições onde o estudo foi conduzido. Nesta época estava vigente a resolução CNS n° 196/1996.

O convite e a obtenção do consentimento para participar da pesquisa foram realizados pelos próprios entrevistadores, nos locais de atendimento (serviços de saúde) pré-selecionados. A obtenção do consentimento a partir da leitura do TCLE deu-se com a autorização do paciente através de assinatura ou identificação por

impressão dactiloscópica.

Cabe destacar que este trabalho considerou todas as exigências e preceitos éticos das resoluções CNS n° 196/1996 e CNS n° 466/2012.

5 RESULTADOS

O total de participantes da pesquisa foi de 1326 mulheres, sendo entrevistadas 686 MVHA e 640 MNVHA. Os resultados são apresentados em 5 tabelas e estão organizados conforme os objetivos do estudo. As tabelas apresentam resultados brutos e ponderados, sendo a descrição baseada somente nos resultados brutos.

As características sociodemográficas e a comparação entre MVHA e MNVHA são apresentadas na Tabela 1.

A idade mínima e máxima das participantes do estudo foi de respectivamente 18 e 49 anos, encontrando-se 34,1% das MVHA com 40 anos de idade ou mais, e 31,1% das MNVHA entre os 18 e 24 anos ($p < 0,001$). Na amostra, identificou-se a predominância da raça branca, sendo esta 59,3% entre as MVHA, e 65% entre as MNVHA ($p = 0,085$).

No grupo de MVHA observou-se um predomínio de mulheres (40,8%) com 7 anos ou menos de estudo, e 28,5% das MNVHA ($p < 0,001$). Neste último grupo houve uma maior concentração (37,2%) de mulheres com 11 e 14 anos de estudo, enquanto 30,6% das MVHA apresentaram esta escolaridade. Entre as mulheres com 15 anos ou mais de estudo estavam 3,2% das MVHA, e 2% das MNVHA.

Quanto ao exercício de trabalho remunerado, 54,4% das MVHA e 50,8% das MNVHA encontravam-se exercendo alguma atividade ($p = 0,206$), havendo um predomínio de MVHA (44,8%) com renda de 1 a 2 salários mínimos em comparação às MNVHA que apresentaram uma maior concentração (49,9%) entre as que recebiam menos de um salário mínimo ($p < 0,001$). Em relação à renda familiar, em ambos os grupos houve um predomínio de famílias com renda entre 1 e 2 salários mínimos, sendo 37,8% entre as famílias das MVHA, e 34,2% entre as famílias das MNVHA ($p < 0,001$).

A maioria das MVHA (57%) afirmou frequentar alguma religião, culto, ou doutrina, diferentemente das MNVHA, as quais 49,8% afirmaram participar dessas atividades ($p = 0,010$).

Observou-se diferença estatisticamente significativa em relação à idade da primeira relação sexual ($p = 0,098$) ao compararmos as MVHA e MNVHA. Entre as MVHA, 26,9% tiveram a sua primeira relação sexual com 14 anos ou menos,

enquanto entre as MNVHA, 22,9% tiveram a primeira relação nesta mesma faixa etária.

A maioria das mulheres encontrava-se casadas ou com companheiro, correspondendo a uma proporção de 55,4% entre as MVHA, e 73,3% entre as MNVHA ($p < 0,001$).

As características relacionadas à saúde reprodutiva e práticas contraceptivas comparando MVHA e MNVHA são apresentadas na Tabela 2.

Identificou-se que a minoria das MVHA fez uso de método contraceptivo na primeira relação sexual (34,9%), resultado inverso ao observado entre as MNVHA, onde 60,7% das mulheres utilizou algum método contraceptivo nesta ocasião ($p < 0,001$).

Houve diferença estatisticamente significativa no uso de método contraceptivo com o atual parceiro, pois enquanto 77,5% das MVHA referiram o uso, somente 44,2% das MNVHA afirmaram utilizar algum tipo de método ($p < 0,001$).

Ao serem questionadas sobre já terem feito alguma vez o uso de contracepção de emergência, 18,6% das MVHA e 28,1% das MNVHA afirmaram já terem utilizado ($p < 0,001$). Quanto ao histórico de ligadura tubária, 22,6% das MVHA afirmaram já ter realizado o procedimento, enquanto 8,6% das MNVHA relataram ligadura ($p < 0,001$). Quanto ao desejo de ligadura tubária, menos de 40% das mulheres da amostra sinalizaram interesse, não havendo diferença entre os grupos ($p = 0,700$).

Sobre a realização de aborto provocado, a proporção foi de 12,8% entre as MVHA, e 4,8% entre as MNVHA ($p < 0,001$).

As características gestacionais e filhos de MVHA e MNVHA são apresentadas na Tabela 3.

Quanto à ocorrência de gestação identificou-se diferença entre os dois grupos, onde 92,4% das MVHA e 87,5% das MNVHA já haviam tido gestações ($p = 0,003$). Também foi encontrada diferença em relação ao número de gestações ocorridas, sendo registrada uma menor proporção entre a ocorrência de somente uma gestação entre as MVHA (22,5%), do que entre as MNVHA (30,1%), havendo, no entanto, uma maior proporção da ocorrência de 5 gestações ou mais entre as MVHA (21,6%), do que entre as MNVHA (11,7%) ($p < 0,001$).

No que se refere à ocorrência de gestações planejadas, não houve diferença significativa entre os grupos, sendo registrada a ocorrência de pelo menos uma

gestação planejada em 60% das MVHA, e 64,5% das MNVHA ($p=0,120$). Apesar disso, diferença foi encontrada em relação ao número total de gestações planejadas, em que 34,3% das gestações ocorridas em MVHA foram planejadas, enquanto entre as MNVHA 41% das gestações foram planejadas ($p<0,001$).

Diferença estatisticamente significativa foi observada na idade da primeira gestação, sendo relatada por 62,2% das MVHA a ocorrência da primeira gestação com 19 anos ou menos, e 54,4% das MNVHA ($p=0,007$). Entre as MVHA 87,9% afirmaram terem ou terem tido filhos, enquanto 77,5% das MNVHA afirmaram o mesmo ($p<0,001$). Já em relação ao número de filhos, 30,7% das MVHA, e 39,9% das MNVHA alegaram ter somente um filho, enquanto a proporção de 4 filhos ou mais ficou de 22,4% entre as MVHA, e 14,3% nas MNVHA ($p<0,001$).

A grande maioria das mulheres de ambos os grupos negaram o desejo de terem filhos ou mais filhos, havendo, no entanto, uma menor manifestação deste desejo entre as MVHA (14,4%), do que entre as MNVHA (23,6%) ($p<0,001$).

São apresentadas na Tabela 4 as características que se relacionam a contextos de vulnerabilidade nos dois grupos.

Diferença estatisticamente significativa também foi encontrada em relação à ocorrência de ISTs nos últimos doze meses, ocorrendo em 7,5% das MVHA, e em 4,4% das MNVHA ($p=0,019$). Salienta-se que neste estudo o termo IST é utilizado como sinônimo de DST.

Referente à coleta de exame citopatológico, somente 2,7% das MVHA nunca realizou a coleta do exame, enquanto 64,7% realizou a coleta há menos de um ano. Nas MNVHA, 7,5% nunca realizou a coleta, e 62,4% o fizeram há menos de um ano ($p=0,001$).

Observou-se diferença entre as proporções de mulheres que afirmaram já terem feito sexo em troca de dinheiro alguma vez na vida, sendo esta prática relatada por 11,2% das MVHA, e 3,9% das MNVHA ($p<0,001$).

Menor proporção de MVHA (40,3%) relatou ter sofrido violência psicológica alguma vez na vida em comparação com as MNVHA (51,3%) ($p<0,001$). Já em relação à violência física, 39,3% das MVHA e 33,5% das MNVHA afirmaram a ocorrência desta em algum momento da vida ($p=0,030$), identificando-se também uma maior proporção de MVHA que sofreram violência sexual (18,8%) do que entre as MNVHA (12,4%) ($p=0,01$).

Na Tabela 5 são apresentadas questões relacionadas ao HIV entre mulheres vivendo com HIV/Aids.

O motivo de realização do exame se deu com frequência em função de gestação (34,3%), e a minoria devido à relações sexuais desprotegidas (2,6%), ou solicitação médica (5,9%).

Quase que a totalidade das mulheres (96,8%) acreditava ter contraído a doença através de relações sexuais, e grande parcela delas (71,6%) encontrava-se em uso de antirretroviral no momento da pesquisa.

Dentre as mulheres que tiveram uma gestação após o diagnóstico, 32,2% não queriam engravidar e 79,8% estavam em uso de ARV durante a primeira gestação após o diagnóstico. Quando questionadas sobre o motivo de não quererem ter filho ou mais filhos, 41,8% delas mencionaram o medo relacionado à transmissão do HIV, 36,6% por já ter o número de filhos desejado, e 5,1% por falta de condições socioeconômicas.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico e características de saúde de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, RS, 2011.

Características	Total* N(%)	(%)**	MVHA*	(%)**	MNVHA*	(%)**	p ^b
Faixa Etária							<0,001
18-24	258 (19,5%)	30,2%	59 (8,6%)	8,5%	199 (31,1%)	31,2%	
25-29	215 (16,2%)	20,2%	83 (12,1%)	12%	132 (20,6%)	20,6%	
30-34	250 (18,9%)	15,7%	151 (22%)	22%	99 (15,5%)	15,5%	
35-39	235 (17,7%)	12,3%	159 (23,2%)	22,9%	76 (11,9%)	11,9%	
≥ 40	368 (27,8%)	21,6%	234 (34,1%)	34,6%	134 (20,9%)	20,8%	
Raça/ Etnia (Auto declarada)							0,085
Branco	821 (62,1%)	64,7%	407 (59,3%)	59,3%	414 (65%)	64,9%	
Negro	488 (36,9%)	34,5%	270 (39,4%)	39,4%	218 (34,2%)	34,3%	
Outro	14 (1,1%)	0,8%	9 (1,3)	1,3%	5 (0,8%)	0,8%	
Escolaridade (anos de estudo)							<0,001
≤ 7 anos	462 (34,9%)	29,2%	280 (40,8%)	41%	182 (28,5%)	28,7%	
Entre 8 e 10 anos	380 (28,7%)	31,7%	174 (25,4%)	25,4%	206 (32,2%)	32%	
Entre 11 e 14 anos	448 (33,8%)	37%	210 (30,6%)	30,5%	238 (37,2%)	37,3%	
≥ 15 anos	35 (2,6%)	2,1%	22 (3,2%)	3,1%	13 (2%)	2%	
Trabalho remunerado							0,206 ^f
Sim	698 (52,6%)	50,9%	373 (54,4%)	54,2%	325 (50,8%)	50,7%	
Não	628 (47,4%)	49,1%	313 (45,6%)	45,8%	315 (49,2%)	49,3%	
Sua renda (Salário mínimo – 2011)							<0,001
< 1 salário mínimo	599 (45,4%)	49,6%	281 (41,3%)	40,9%	318 (49,9%)	50%	
≥ 1 a 2 salários mínimos	567 (43%)	41,3%	305 (44,8%)	45,2%	262 (41,1%)	41,2%	
> 2 até 3 salários mínimos	97 (7,4%)	6,8%	53 (7,8%)	7,8%	44 (6,9%)	6,8%	
> que 3 salários mínimos	55 (4,2%)	2,3%	42 (6,2%)	6,1%	13 (2%)	2%	
Renda Familiar (Salário mínimo – 2011)							<0,001
< 1 salário mínimo	187 (14,7%)	11,4%	119 (18,1%)	18%	68 (11,1%)	11,3%	
≥ 1 a 2 salários mínimos	458 (36%)	34,1%	249 (37,8%)	37,9%	209 (34,2%)	34,1%	
> 2 até 3 salários mínimos	289 (22,7%)	25,1%	133 (20,2%)	20,2%	156 (25,5%)	25,3%	
> que 3 salários mínimos	336 (26,5%)	29%	158 (24%)	23,9%	178 (29,2%)	29,3%	
Frequente religião, culto ou doutrina							0,010 ^f
Sim	710 (53,5%)	49,8%	391 (57%)	43,1%	319 (49,8%)	50,1%	
Não	616 (46,5%)	50,2%	295 (43%)	56,9%	321 (50,2%)	49,9%	
Idade da 1ª relação sexual							0,098 ^f
≤ 14 anos	330 (25%)	23,3%	184 (26,9%)	26,9%	146 (22,9%)	23,2%	
> 14 anos	990 (75%)	76,7%	499 (73,1%)	73,1%	491 (77,1%)	76,8%	
Casada/ com companheiro							<0,001 ^f
Sim	849 (64%)	72,6%	380 (55,4%)	55%	469 (73,3%)	73,4%	
Não	477 (36%)	27,4%	306 (44,6%)	45%	171 (26,7%)	26,6%	
Total*	1326		686		640		

p^b teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson.

p^f teste exato de Fisher.

* Dados totais podem variar em função da possibilidade de não resposta.

** Análise ponderada conforme exposto na metodologia.

Fonte: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre.

Tabela 2: Características relacionadas à saúde reprodutiva e práticas contraceptivas de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, RS, 2011.

Características	Total* N(%)	(%)**	MVHA*	(%)**	MNVHA*	(%)**	p ^b
Uso de método contraceptivo na 1ª relação sexual							<0,001 ^f
Sim	616 (47,4%)	59%	234 (34,9%)	34%	382 (60,7%)	60%	
Não	683 (52,6%)	41%	436 (65,1%)	66%	247 (39,3%)	40%	
Uso de método contraceptivo no relacionamento atual							<0,001
Sim	347 (64,3%)	46,5%	252 (77,5%)	77,1%	95 (44,2%)	44%	
Não	104 (19,3%)	24,1%	51 (15,7%)	16,6%	53 (24,7%)	25%	
Em gestação	89 (16,5%)	29,4%	22 (6,8%)	6,3%	67 (31,2%)	31%	
Uso de contracepção de emergência							<0,001 ^f
Sim	272 (23,3%)	27,6%	108 (18,6%)	18,4%	164 (28,1%)	28%	
Não	894 (76,7%)	72,4%	474 (81,4%)	81,6%	420 (71,9%)	72%	
Realização de LT							<0,001 ^f
Sim	202 (15,9%)	9%	150 (22,6%)	23%	52 (8,6%)	9%	
Não	1065 (84,1%)	91%	514 (77,4%)	77%	551 (91,4%)	91%	
Desejo de fazer LT							0,700 ^f
Sim	386 (37,2%)	37%	183 (36,5%)	35%	203 (37,9%)	36%	
Não	651 (62,8%)	63%	318 (63,5%)	65%	333 (62,1%)	64%	
Aborto provocado							<0,001 ^f
Sim	104 (9,3%)	5,2%	80 (12,8%)	12,8%	24 (4,8%)	4,8%	
Não	1015 (90,7%)	94,8%	543 (87,2%)	87,2%	472 (95,2%)	95,2%	
Total*	1326		686		640		

p^b teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson.

p^f teste exato de Fisher.

* Dados totais podem variar em função da possibilidade de não resposta.

** Análise ponderada conforme exposto na metodologia.

Fonte: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre.

Tabela 3: Características gestacionais e filhos de mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, RS, 2011.

Características	Total* N(%)	(%)**	MVHA*	(%)**	MNVHA*	(%)**	p ^b
Já esteve grávida							0,003 ^f
Sim	1191 (90%)	87,7%	631 (92,4%)	92,3%	560 (87,5%)	87,5%	
Não	132 (10%)	12,3%	52 (7,6%)	7,7%	80 (12,5%)	12,5%	
Nº de gestações							<0,001
1	311 (26,1%)	29,9%	142 (22,5%)	22,6%	169 (30,1%)	30,2%	
2	321 (26,9%)	29,9%	152 (24,1%)	24,1%	169 (30,1%)	30,2%	
3	226 (18,9%)	17%	131 (20,8%)	20,7%	95 (16,9%)	16,8%	
4	133 (11,1%)	11%	70 (11,1%)	11%	63 (11,2%)	11,1%	
≥ 5	202 (16,9%)	12,2%	136 (21,6%)	21,6%	66 (11,7%)	11,7%	
Gestações planejadas							0,120 ^f
Sim	739 (62,1%)	64,2%	378 (60%)	60%	361 (64,5%)	64,4%	
Não	451 (37,9%)	35,8%	22 (40%)	40%	199 (35,5%)	35,6%	
Total de gestações							<0,001
Planejadas	1279 (37,1%)	36,8%	681 (34,3%)	32,1%	598 (41%)	40,7%	
Não planejadas	2161 (62,9%)	63,2%	1302 (65,7%)	67,9%	859 (59%)	59,3%	
Idade da 1ª gestação							0,007 ^f
≤ 19 anos	697 (58,5%)	54,7%	393 (62,2%)	62,1%	304 (54,4%)	54,3%	
≥ 20 anos	494 (41,5%)	45,3%	239 (37,8%)	37,9%	255 (45,6%)	45,7%	
Tem ou teve filhos							<0,001 ^f
Sim	1099 (82,9%)	77,9%	603 (87,9%)	87,8%	496 (77,5%)	77,5%	
Não	227 (17,1%)	22,1%	83 (12,1%)	12,2%	144 (22,5%)	22,5%	
Número de filhos							<0,001
1	383 (34,8%)	39,5%	185 (30,7%)	30,7%	198 (39,9%)	40%	
2	307 (27,9%)	29,3%	162 (26,9%)	26,8%	145 (29,2%)	29,4%	
3	203 (18,5%)	16,5%	121 (20,1%)	20,1%	82 (16,5%)	16,3%	
≥ 4	206 (18,7%)	14,7%	135 (22,4%)	22,4%	71 (14,3%)	14,3%	
Deseja ter filhos (ou mais filhos)							<0,001 ^f
Sim	231 (18,8%)	21%	93 (14,4%)	14%	138 (23,6%)	22%	
Não	1000 (81,2%)	79%	553 (85,6%)	86%	447 (76,4%)	78%	
Total*	1326		686		640		

p^b teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson.

p^f teste exato de Fisher.

* Dados totais podem variar em função da possibilidade de não resposta.

** Análise ponderada conforme exposto na metodologia.

Fonte: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre.

Tabela 4: Características relacionadas à vulnerabilidade ao HIV em mulheres vivendo e não vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, RS, 2011.

Características	Total* N(%)	(%)**	MVHA*	(%)**	MNVHA*	(%)**	p ^b
IST nos últimos 12 meses							0,019 ^f
Sim	78 (6%)	4,5%	50 (7,5%)	7,3%	28 (4,4%)	5%	
Não	1222 (94%)	95,5%	615 (92,5%)	92,7%	607 (95,6%)	95%	
Coleta de citopatológico							0,001
Nunca coletou	65 (5,0%)	7,4%	18 (2,7%)	2,6%	47 (7,5%)	7,6%	
≤ 1 ano	825 (63,6%)	62,4%	434 (64,7%)	64,7%	391 (62,4%)	62,3%	
> 1 e ≤ 2 anos	218 (16,8%)	16,7%	113 (16,8%)	16,9%	105 (16,7%)	16,7%	
> 2 anos	190 (14,6%)	13,5%	106 (15,8%)	15,8%	84 (13,4%)	13,4%	
Sexo em troca de dinheiro							<0,001 ^f
Sim	101 (7,7%)	4%	76 (11,2%)	11%	25 (3,9%)	4%	
Não	1218 (92,3%)	96%	603 (88,8%)	89%	615 (96,1%)	96%	
Sofreu violência psicológica							<0,00 ^f
Sim	599 (45,6%)	51%	273 (40,3%)	40%	326 (51,3%)	51%	
Não	715 (54,4%)	49%	405 (59,7%)	60%	310 (48,7%)	49%	
Sofreu violência física							0,030 ^f
Sim	480 (36,5%)	34%	266 (39,3%)	39%	214 (33,5%)	34%	
Não	836 (63,5%)	66%	411 (60,7%)	61%	425 (66,5%)	66%	
Sofreu violência sexual							0,01 ^f
Sim	206 (15,7%)	13%	127 (18,8%)	19%	79 (12,4%)	12,5%	
Não	1110 (84,3%)	87%	550 (81,2%)	81%	560 (87,6%)	87,5%	
Total*	1326		686		640		

p^b teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson.

p^f teste exato de Fisher.

* Dados totais podem variar em função da possibilidade de não resposta.

** Análise ponderada conforme exposto na metodologia.

Fonte: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre.

Tabela 5: Questões relacionadas ao HIV entre mulheres vivendo com HIV/Aids de Porto Alegre, 2011.

Características	Mulheres com diagnóstico de HIV*
Motivo de realização do teste de HIV	
Gravidez	234 (34,3%)
Iniciativa própria	89 (13%)
Relações sexuais desprotegidas	18 (2,6%)
Parceiro ficou doente	78 (11,4%)
Ficou doente	122 (17,9%)
Solicitação médica	40 (5,9%)
Outro	102 (14,9%)
Local de realização do teste de HIV	
Centro de testagem e aconselhamento	90 (13,2%)
Posto de Saúde	206 (30,2%)
Hospital público	248 (36,4%)
Hospital ou clínica particular	93 (13,7%)
Outro	44 (6,5%)
De que forma você acha que adquiriu o vírus	
Relação sexual	637 (96,8%)
Uso de drogas injetável	4 (0,6%)
Transmissão vertical	4 (0,6%)
Transfusão de sangue	3 (0,5%)
Outro	10 (1,5%)
Em uso de ARV	
Sim	489 (71,6%)
Não	194 (28,4%)
Na primeira gravidez após o diagnóstico	
Estava tentando engravidar	92 (30,9%)
Queria engravidar, porém mais tarde	36 (12,1%)
Não queria engravidar	96 (32,2%)
Não pensava no assunto	74 (24,8%)
Uso de ARV na 1ª gestação após o diagnóstico	
Sim	233 (79,8%)
Não	59 (20,2%)
Por que você não quer ter filhos (ou mais filhos)	
Nunca desejou	21 (3,8%)
Já ter o número de filhos desejado	202 (36,6%)
Por ter o vírus HIV/ por medo	231 (41,8%)
Estar sem companheiro	6 (1,1%)
Falta de condições socioeconômicas	28 (5,1%)
Outro	64 (11,6%)
Total*	686

* Dados totais podem variar em função da possibilidade de não resposta.

Fonte: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo aponta que o perfil socioeconômico das MVHA, em acompanhamento nos serviços especializados no município de Porto Alegre é semelhante ao identificado no processo de pauperização da epidemia, com predomínio de indivíduos com baixa renda, e baixa escolaridade, identificando-se, no entanto, uma expansão da infecção do HIV para outras camadas sociais.

No que se refere à faixa etária, identifica-se que entre as MVHA houve uma predominância de mulheres com 40 anos ou mais (34,1%), proporção menor do que a apresentada nos dados nacionais, onde 45,7% das MVHA encontravam-se nesta faixa no ano de 2015 (BRASIL, 2016a). Já entre as MNVHA, houve uma concentração nas faixas etárias mais jovens, sendo que uma possível explicação é a de que estas mulheres, recrutadas na Atenção Básica, busquem estes serviços por situações que se apresentam em faixas etárias mais jovens, como por exemplo, a necessidade de orientação e contracepção em fase de início da vida sexual.

Outros estudos também identificaram uma predominância de MVHA acima de 40 anos (FIGUEIREDO, 2010; PADOIN et al. 2015), no entanto, segundo dados nacionais, 49,4% das MVHA entre os anos de 1980 e junho de 2016 encontravam-se com idade entre 25 e 39 anos de idade (Brasil, 2016a).

Apesar de nosso estudo identificar uma predominância de MVHA com 40 anos ou mais, houve um número expressivo de MVHA em idade jovem, podendo sinalizar o elevado número de mulheres jovens com a doença em fase avançada, ou a detecção da doença em fase inicial, o que pode inclusive estar relacionado à facilidade e à ampliação do acesso à testagem a partir da descentralização da realização de testes rápidos anti-HIV que passaram a ser realizados em todos os serviços de Atenção Básica de Porto Alegre a partir do ano de 2011.

Destoando dos dados do SINAN do ano de 2016, os quais indicam que 58,9% das MVHA eram negras (BRASIL, 2016a), nosso estudo identificou que 39,4% das MVHA se autodeclaravam como negras, percentual este que, no entanto, é superior ao de MNVHA que se autodeclaravam negras (35%), e superior também a proporção geral de indivíduos negros vivendo com HIV/Aids no município de Porto Alegre em 2015, que foi de 30,1% (PORTO ALEGRE, 2016). Podemos atribuir a diferença entre os dados nacionais e os obtidos neste estudo à composição racial da população do

RS, que apresenta uma proporção maior de indivíduos brancos do que a população brasileira.

Apesar da proporção de mulheres negras vivendo com HIV/Aids ter sido mais baixa no presente estudo, evidencia-se que esta população está exposta a uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids, já que a proporção de mulheres negras infectadas foi superior ao percentual de indivíduos que se autodeclararam negros (20%) no município de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2016). Villela e Barbosa (2017) já documentaram que os indivíduos negros estão expostos a uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Em relação à escolaridade das MVHA, há dificuldade de se realizar comparação mais apurada com os dados nacionais, pois 25% destes são dados ignorados no país. Ainda assim, os dados apontaram que 25,8% das mulheres vivendo com Aids no país no ano de 2015 tinham entre a 5ª e 8ª série incompletas (BRASIL, 2016a). Neste estudo as MVHA apresentam um grau de instrução menor do que as MNVHA em termos de proporções, não tendo a maioria delas completado o ensino fundamental, reforçando os achados de outros estudos que comprovam o baixo grau de instrução das PVHA (VILLELA; BARBOSA, 2017; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; PADOIN et al. 2015; FIGUEIREDO, 2010; TEIXEIRA, 2012; PAIVA et al. 2002;). Em função da relevância do tema e aproximação com o objetivo de pesquisa, destaca-se um estudo recente que associou o menor nível de escolaridade à ocorrência de gravidez após o diagnóstico de HIV (TEIXEIRA et al., 2017).

Entre as MVHA, 3,2% concluíram o nível superior, o que nos remete à discussão realizada por Teixeira et al. (2013), a qual apontou que um expressivo percentual (33,4%) de MVHA apresentavam de 10 a 12 anos de estudo, dados que contribuem na discussão de que grupos com maior escolaridade também estão expostos ao HIV, sinalizando ainda que o perfil identificado na pauperização da epidemia mudou ao longo do tempo.

É inegável o avanço das mulheres no campo do trabalho, no entanto, Ammann (1997) afirma que a partir da inclusão das mulheres no mundo do trabalho estas se transformaram em uma dupla mercadoria, do marido no campo doméstico, já que segue cabendo a ela a função reprodutora, e do capitalismo no âmbito da fábrica. Neste sentido, os resultados apontam que a maioria das mulheres

encontrava-se realizando algum trabalho remunerado no momento da pesquisa, o que representa 54,4% das MVHA e 50,8% das MNVHA.

Quanto ao trabalho e renda, apesar de uma parcela maior das MVHA afirmarem trabalho remunerado no momento da pesquisa e também apresentarem uma proporção maior de mulheres com renda acima de dois salários mínimos que as MNVHA. Em relação à renda familiar ocorre o inverso, havendo uma proporção maior de MNVHA com renda familiar acima de dois salários mínimos. Este último achado pode tanto estar relacionado ao fato de aproximadamente a metade das MVHA não serem casadas ou não terem um companheiro durante o momento da pesquisa, assim como sinalizar a inserção de seus núcleos familiares em um contexto de maior vulnerabilidade social.

Vários estudos apontam o visível quadro de vulnerabilidade no qual as MVHA estão expostas, incluindo-se neste retrato a precária inserção no mercado de trabalho (VILLELA; BARBOSA, 2017; PAIVA et al. 2002; DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014). Dessa forma, pode-se inferir que a renda individual das MVHA foi maior do que a das MNVHA devido à média de idade das MVHA ser maior do que a das MNVHA, proporcionando um tempo de vida maior, e possibilitando durante este tempo a construção de melhores condições de vida. Outra hipótese é a de que tal diferença se dê em função de os serviços especializados, serviços de origem das MVHA, atenderem indivíduos advindos de todas as camadas sociais, já que no Brasil o tratamento do HIV/Aids é disponibilizado somente no Sistema Único de Saúde, e mesmo os indivíduos mais abastados necessitam da rede pública para realizar o tratamento. Em contra partida, as MNVHA foram captadas dos serviços de Atenção Básica da rede municipal, os quais são mais acessados pela população de baixa renda, já que muitas vezes os indivíduos de renda intermediária têm a possibilidade de optar por utilizar serviços particulares, ou vinculados a um plano de saúde.

A diferença entre ambos os grupos no que se refere ao rendimento maior que 3 salários mínimos, correspondendo a 6,2% das MVHA e 2% das MNVHA, pode se dar em função de um maior número de MVHA terem concluído o ensino superior, o que pode representar o acesso a empregos de maior remuneração no mercado.

O estudo de Oliveira et al. (2015) comprova a importância da atividade laboral na qualidade de vida das PVHA. Os autores evidenciaram a relação direta entre a

inserção no mundo do trabalho, a renda per capita, e a qualidade de vida dessas pessoas.

Apesar de serem recorrentes as pesquisas que apontam a maior vulnerabilidade de PVHA, assim como a precária inserção no mercado de trabalho, Valle (2015) afirma que as MVHA apresentam uma capacidade de agência que deve ser valorizada para que não sejam reduzidas a vítimas da epidemia. Neste sentido, enfatiza-se a necessidade de oferta de oportunidade e estímulo para estas mulheres, para que as mesmas fortaleçam a sua capacidade de enfrentamento às adversidades, inclusive em relação à discriminação e estigma.

Andrade e Iriart (2015) recomendam a implementação de políticas sociais voltadas para a redução da desigualdade de gênero e empoderamento individual e coletivo das MVHA, como alternativa para mitigar a culpabilização, estigma e discriminação. Os autores afirmam ainda que a prática religiosa tem aparecido como auxílio ao enfrentamento destas questões, e no bem-estar subjetivo do paciente e na melhora de sua autoestima.

Uma proporção maior de MVHA (57%) em comparação com as MNVHA (49,8%), afirmou frequentar algum tipo de religião, culto ou doutrina, fator que pode estar relacionado à busca de suporte emocional e espiritual no enfrentamento das barreiras impostas pela infecção. Esta prática foi vista no estudo de Oliveira et al. (2015) como fator preditor para a melhor qualidade de vida. O estudo documentou que as PVHA apresentam sentimentos de culpa, solidão e medo da morte, sendo identificado que os participantes que exercitavam a espiritualidade por meio da fé ou crenças religiosas, alcançaram maior enfrentamento à condição dada.

Apesar da exposição acima, cabe ponderar que já houve registro na literatura da ocorrência de não acompanhamento médico do HIV em função da alegação de cura religiosa (FIGUEIREDO, 2010).

Analisando a idade da primeira relação sexual em ambos os grupos obtivemos achados já descritos na literatura, a qual aponta uma iniciação sexual mais cedo entre as MVHA do que as MNVHA (SANTOS et al. 2009, Paiva et al. 2002). Nossos resultados apontam um número considerável de mulheres com iniciação sexual antes dos 14 anos de idade em ambos os grupos pesquisados, no entanto, identifica-se uma proporção maior de MVHA (26,9%) que tiveram a sua primeira relação sexual até os 14 anos do que entre as MNVHA (22,9%).

Em uma coorte realizada entre os anos de 1996 e 2003, no Rio de Janeiro, a idade média da primeira relação sexual entre as MVHA encontrada por Firedman et al. (2011) foi de 17,9 anos, sendo encontrada a associação entre menor idade de iniciação sexual e risco de gravidez.

Um estudo realizado com MVHA na cidade de Porto Alegre identificou que a idade da iniciação sexual entre as investigadas foi inferior às médias identificadas em outros inquéritos populacionais (TEIXEIRA et al., 2013), e que menor idade de iniciação sexual se enquadra dentro do contexto de vulnerabilidade às DSTs e eventos reprodutivos, como a ocorrência de gestações (RECTOR 2003; WAND 2012).

Os resultados apontam que uma proporção menor de MVHA (55,4%) encontrava-se casadas ou tinham companheiro no momento da pesquisa, quando comparada a de MNVHA (73,3%). Em uma pesquisa realizada com 183 MVHA, Figueiredo (2010) identificou que 70,5% delas tinham parceiro fixo no momento do estudo, resultado este superior ao encontrado por Duarte, Parada e Souza (2014), o qual obteve uma proporção de 49,5%. Estes dados sugerem que apesar de a vida sexual das MVHA se alterar a partir da infecção (CARLSSON-LALLOO, 2016), a maioria delas permanece mantendo relacionamentos afetivos.

Em relação ao relacionamento atual, Friedman et al. (2011) obtiveram uma proporção menor (30,2%) do que encontrada em nosso estudo, os autores identificaram que mulheres vivendo com parceiro eram mais propensas a engravidar. Este dado sinaliza que as ações em saúde não devem estar voltadas somente às MVHA, mas também aos seus parceiros, já que a presença de um parceiro fixo se mostra um fator decisivo na concepção da gravidez.

Diferença importante foi identificada entre as MVHA e as MNVHA no que se refere ao uso de método contraceptivo na primeira relação sexual. A maioria das MVHA (65,1%) referiu a primeira relação sexual sem o uso de método contraceptivo, o que além de sinalizar o risco de ocorrência de uma gestação, assinala o risco de contaminação pelo HIV que estas mulheres estiveram expostas. Em contrapartida, uma proporção menor de MNVHA (39,3%) teve a primeira relação sexual sem o uso de método contraceptivo, o que pode sinalizar o maior grau de informações dessas mulheres, melhor acesso ao serviço de saúde e aos métodos contraceptivos. Tais resultados demonstram a necessidade de investimento em educação em saúde, assim como na ampliação do acesso aos serviços de saúde a todas as mulheres, já

que uma parcela significativa delas tem se submetido a comportamentos de risco já na sua primeira relação sexual, comportamento este que pode perdurar durante a trajetória sexual e reprodutiva.

Foi observada importante diferença no uso de algum método contraceptivo durante o relacionamento atual entre as MVHA e MNVHA, sendo o seu uso referido por 77,5% e 44,2% delas respectivamente. Resultados semelhantes foram registrados por Paiva et al. (2002), em que 77% das MVHA não grávidas e com vida sexual ativa estavam usando algum método contraceptivo. Nossos resultados são preocupantes se considerarmos que 85,6% das MVHA, e 76,4% das MNVHA negaram o desejo de ter outros filhos, o que torna evidente o grande risco de gestações não planejadas que as mulheres de ambos os grupos estão expostas, já que o não planejamento não está necessariamente relacionado ao uso de método contraceptivo. Martin (1997) relatou que as gestações não planejadas entre MNVHA não devem ser consideradas como uma irresponsabilidade, já que estes eventos se dão em consequência da forma como as relações de gênero estão estabelecidas, sobrepondo as decisões masculinas de não uso de preservativos, e consequentemente ocasionando o risco de gestações não planejadas.

Uma pequena proporção de MVHA (18,6%) informou já ter feito o uso de contracepção de emergência, sendo esta prática mais frequente entre as MNVHA (28,1%). Em seu estudo, Figueiredo (2010) identificou que a grande maioria das MVHA (51,4%) desconhecia a contracepção de emergência, sendo este método conhecido de forma superficial por 45,9% delas, e de forma plena por 2,7%, mesma proporção esta que relatou já ter feito uso. Observamos que nossos resultados além de poderem estar relacionados à falta de oferta do método por parte dos profissionais da saúde e/ou à falta de procura pelas usuárias podem ainda estar relacionados à baixa distribuição de contracepção de emergência pela Gerência de Materiais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no ano de 2016, uma vez que, de acordo com o Relatório Anual de Gestão, somente 456 unidades de levonorgestrel foram distribuídas às unidades de saúde (PORTO ALEGRE, 2017). Levanta-se a hipótese então, de que a distribuição possa ter sido inferior aos anos anteriores.

De acordo com o Ministério da Saúde há duas formas de se ofertar a contracepção de emergência, uma delas é o método de Yuspe, que utiliza anticonceptivos hormonais orais combinados, e a outra é o levonorgestrel, que é

considerada a melhor opção para as MVHA por não apresentar interação medicamentosa com os ARV, e conseqüentemente não comprometer a eficácia da contracepção de emergência (BRASIL, 2011a). Este método deve estar disponível na rede de saúde, assim como o tema deve ser cada vez mais discutido com o intuito de promover o conhecimento da comunidade e dos próprios profissionais, pois apesar de não ser um método recomendado para o uso rotineiro, é uma alternativa para evitar as gestações não planejadas, assim como a ocorrência da prática do aborto.

Conforme Figueiredo (2010), não se costuma identificar o risco de gravidez não planejada entre as MVHA, e nem fornecer orientações específicas sobre contracepção, tornando o desconhecimento sobre a contracepção de emergência um motivo pela busca de ligadura tubária entre as MVHA, as quais buscam este método por acreditarem ser a única alternativa segura de prevenção à gravidez.

Em uma pesquisa realizada por Knauth et al. (2002), os resultados mostraram dificuldade de acesso à ligadura tubária por parte das MVHA no município de Porto Alegre, no entanto quase dez anos depois, nosso estudo identificou uma proporção de 22,6% das MVHA com realização de ligadura tubária, enquanto no grupo de MNVHA este percentual foi de 8,6%. Tal resultado pode estar relacionado à indisponibilidade de outros métodos contraceptivos na rede municipal no período da pesquisa, como por exemplo, os implantes subcutâneos; ao maior acesso/oferta de ligadura tubária às MVHA; assim como ao fato de o desejo de ter mais filhos estar menos presente (quase dez pontos percentuais) entre as MVHA do que entre as MNVHA, o que justificaria a maior adesão a um método contraceptivo irreversível.

É fundamental a disponibilidade de opções contraceptivas às MVHA, já que frente a não adaptação a um determinado método contraceptivo, é preciso ofertar outros métodos de interesse da usuária com o intuito de possibilitar melhor adesão, e a contracepção efetiva. A ligadura tubária certamente deve ser considerada entre estes métodos, já que se trata de um método contraceptivo definitivo, e que pode ser indicado a mulheres que não se adaptaram a outros métodos. Tais medidas devem ser ofertadas pelo Sistema Único de Saúde com objetivo de minimizar o risco de gestações não planejadas, uma vez que estas mulheres podem estar inseridas em contextos de vulnerabilidade, com possível limitação ao acesso a serviços de saúde e a métodos contraceptivos, assim como provável dificuldade de negociação do uso de preservativo com seus parceiros em função das relações de gênero desiguais.

Apesar do exposto, deve-se levar em consideração o direito reprodutivo das MVHA, atuar de forma ética, e atentar a práticas que possam estar indo de encontro ao direito destas mulheres, já que Zihlmann e Alvarenga (2015) registraram a indicação de ocorrência de violação de direitos reprodutivos das MVHA a partir da facilitação do acesso à ligadura tubária. Barbosa (1999) afirma que a ligadura tubária se trata de um método invasivo e definitivo, não podendo ser reivindicada de forma distinta para as MVHA, o que pode configurar atitude discriminatória.

Alguns estudos apontam a elevada taxa de aborto induzido em MVHA (FIGUEIREDO, 2010; FRIEDMAN et al., 2011), sendo esta ocorrência associada à insegurança quanto à possibilidade de transmissão vertical, assim como aos fatores associados à prevenção da transmissão vertical, e a supressão do aleitamento materno (VILLELA et al., 2012). Apesar disso, o mesmo autor menciona a ocorrência de uma inter-relação de fatores que levam ao desfecho aborto, entre eles questões pessoais, sociais, financeiras, e afetivas, destacando a importante influência da relação com o parceiro na tomada desta decisão. Outro ponto importante mencionado pelo autor é a participação indireta dos serviços de saúde nesta decisão, já que muitas vezes estes se mostram omissos, e não levam em consideração as demandas sexuais e reprodutivas das MVHA.

Uma pesquisa realizada com 18 MVHA com aborto provocado pós-diagnóstico identificou que 50% delas afirmou que o HIV era o principal motivo do aborto, registrando-se também outras motivações como a falta de condições financeiras; a mulher e/ou o parceiro não queriam filhos naquele momento; não estarem casados; e outros motivos. Tal estudo concluiu que apesar de o diagnóstico de HIV influenciar na decisão pelo aborto, não encerra necessariamente a vida reprodutiva dessas mulheres, já que 38,8% das que afirmaram o HIV como motivo do aborto tiveram filhos após este evento, e 33,3% já haviam praticado aborto antes do diagnóstico (TEIXEIRA et al., 2013). Identificam-se algumas situações que podem estar envolvidas na tomada dessa decisão, como o período de vida que a mulher se encontra, e o tempo de infecção pelo HIV, uma vez que com o tempo este fator parece deixar de ser determinante na prática do aborto (PILECCO et al., 2015).

Em pesquisa realizada na Itália com 585 MVHA, Amassari et al. (2013) encontrou 41,4% das mulheres com história de aborto provocado, no entanto em mais da metade dos casos o aborto ocorreu antes do diagnóstico de HIV. O estudo identificou ainda que as mulheres infectadas antes de 1990 tinham uma elevada taxa

de aborto provocado, entretanto, sendo baixa esta prática entre as mulheres com infecção após o ano 2000, e que possivelmente isto ocorra em função de uma mudança de concepção e ao uso do ARV. O uso de ARV foi fator protetor ao aborto, e o uso de drogas fator de risco. Villela et al. (2012) identificou que MVHA que engravidaram no início da epidemia, demonstraram maior preocupação quanto às consequências da gestação.

Nossos dados apontam um percentual de aborto provocado quase três vezes maior entre as MVHA (12,8%) em comparação com as MNVHA (4,8%), achados estes que sugerem que além de uma importante influência da infecção pelo HIV na prática do aborto, há sim uma série de condições associadas a essa decisão, já que se identifica um contexto de vulnerabilidade, com a presença do uso de drogas, e histórico de violência, situações estas associadas a prática de aborto e já identificadas em outras pesquisas (VILLELA et al., 2012; BARBOSA; LAGO, 1997; BARBOSA 2003; WHO, 2013).

Estas situações demonstram a vulnerabilidade programática frente a precariedade do acesso dessas mulheres ao serviço de saúde, e conseqüentemente, à informações e métodos contraceptivos. Possivelmente, este contexto de vulnerabilidade é prévio à infecção pelo HIV, servindo tanto como fator de exposição ao HIV, quanto para o histórico de aborto provocado prévio ao diagnóstico de HIV, sinalizando, portanto, a prática de sexo sem preservativo, ou o mau uso do mesmo.

Destaca-se ainda a possível relação entre o aborto e a ocorrência de violência identificada no grupo de MVHA, uma vez que Pilecco, Knauth e Vigo (2011) registraram uma maior ocorrência de aborto provocado em mulheres que sofreram coerção sexual. Ressalta-se a necessidade de uma análise mais aprofundada em relação a esta problemática, questão essa que não foi objeto deste trabalho.

Em ambos os grupos identificou-se que a grande maioria das mulheres afirmou já teve menos uma gestação, o que correspondeu a 92,4% das MVHA, e 87,5% das MNVHA. Em estudo realizado com 225 MVHA, Friedman et al. (2011) identificou números semelhantes, em que 90% das mulheres já haviam passado por pelo menos uma gestação. No que se refere ao número de gestações, 46,6% das MVHA e 60,2% das MNVHA, apresentaram a ocorrência de até duas gestações. Em contrapartida, identificou-se quase o dobro da ocorrência de 5 gestações ou mais entre as MVHA (21,6%), do que entre as MNVHA (11,7%), o que não sinaliza

necessariamente o exercício do direito reprodutivo destas mulheres, já que é conhecida a vulnerabilidade social e programática a que estas mulheres estão expostas (TEIXEIRA et al., 2013), podendo haver a dificuldade de acesso ao planejamento familiar, e conseqüentemente a ocorrência de gestações não planejadas.

Identificou-se que a maioria das MVHA (60%) já planejou ao menos uma gestação durante a vida, proporção um pouco mais frequente entre as MNVHA, onde 64,5% delas já engravidaram a partir de um planejamento prévio. Ao contabilizarmos o total de gestações ocorridas entre ambos os grupos que compuseram a nossa amostra, tem-se um total de 3.440 gestações, sendo 1.983 (57,6%) em MVHA e 1.457 (42,3%) em MNVHA, o que nos aponta a maior ocorrência de gestações entre as MVHA do que entre as MNVHA, e uma maior tendência a desfechos reprodutivos nestas mulheres, o que pode estar relacionado a maior vulnerabilidade a qual as MVHA estão expostas, principalmente se reconhecermos que 1.302 (65,7%) gestações em MVHA não foram planejadas, versus as 859 (59%) gestações não planejadas que ocorreram entre as MNVHA. Este dado evidencia a dificuldade que as MVHA têm encontrado no exercício do direito reprodutivo, assim como uma possível dificuldade de acesso aos serviços de saúde e estratégias de planejamento familiar, o que remete à teoria dos determinantes sociais de saúde, em que há a necessidade de políticas públicas intersetoriais que deem conta de modificar a realidade de vida dessas mulheres.

Ainda que não tenhamos a pretensão de desvalorizar as colocações acima, não podemos deixar de reconhecer que a maior média de idade das MVHA pode ter influenciado no número de gestações que estas mulheres apresentaram durante a vida.

Kimani et al. (2015) identificou em seu estudo uma maior propensão da ocorrência de gestações não planejadas entre as MVHA, dados que podemos relacionar aos achados de Figueiredo (2010), o qual identificou que 88% das MVHA que engravidaram após o diagnóstico não haviam planejado a gestação. Bastidas (2000) acredita que as gestações acidentais ocorridas entre as MVHA são desejadas, ainda que inconscientemente, o que se daria em função de atender uma necessidade de reorganização de suas vidas e papéis de mãe e esposa, porém esta ideia é contra argumentada por Figueiredo (2010), o qual afirma que estas

gestações não são fruto de "desejos inconscientes", mas submissão das mulheres às decisões masculinas, muitas vezes contrárias aos seus desejos.

Evidencia-se através dos dados da nossa pesquisa que as MVHA apresentam um número maior de filhos do que as MNVHA, sendo que 42,5% das MVHA tinham três filhos ou mais nesta época, versus 30,8% das MNVHA. Dados divergentes a estes foram encontrados por Santos et al. (2009), os quais não identificaram diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos, em que 30,2% das MVHA relataram ter três ou mais filhos, e 27,6% das MNVHA apresentavam este mesmo número de filhos.

Observou-se que a ocorrência da primeira gestação até os 19 anos foi mais frequente entre as MVHA (62,2%), do que entre as MNVHA (54,4%). Em seu estudo, Friedman et al. (2011) identificou entre as MVHA uma idade média da primeira gestação de 20,6 anos, e uma taxa de gravidez entre estas mulheres de 6,9% ao ano.

Identificou-se uma proporção maior de MVHA (87,9%) que tem ou tiveram filhos do que entre as MNVHA (77,5%). Este dado pode estar relacionado com o desejo destas mulheres de terem mais filhos, já que tal desejo foi menos presente entre as MVHA (14,4%), do que entre as MNVHA (23,6%), sugerindo que o desejo de ter filhos pode estar mais presente entre as mulheres que ainda não os tiveram. Em seus resultados, Paiva et al. (2002) apontaram que 73% das 1068 MVHA que participaram da pesquisa tinham filhos, e que o desejo de ter filhos estava presente em 15% das MVHA, estando este desejo mais presente entre as mulheres que não tinham filhos, ou que tinham apenas um filho.

Apesar de a literatura apontar que a infecção pelo HIV/Aids não é um fator isolado na decisão de se ter ou não filhos (GONÇALVES et al., 2009), e que mesmo sob a presença de estigma as MVHA não abrem "mão" do sonho de ser mãe (VASCONCELOS et al. 2006), uma vez que o desejo pela maternidade permanece na presença do HIV (ZIHLMANN; ALVARENGA, 2015), é possível que o desejo de engravidar das MVHA que compuseram a nossa amostra tenha sido influenciado pelo estágio avançado da doença que provavelmente elas se encontravam. Tal hipótese baseia-se no fato de as entrevistas terem sido realizadas em uma época em que o tratamento ARV era disponibilizado somente para indivíduos com Aids, ou seja, estas mulheres não encontravam-se em um estágio inicial da doença, podendo o tratamento ter afetado o desejo da maternidade. Relaciona-se o exposto acima às

considerações de Friedman et al. (2011) em sua pesquisa, que sugerem que mulheres em estágios avançados da doença são menos propensas a engravidar.

No que se refere às ISTs, nossos resultados tendem a reforçar a suscetibilidade dos indivíduos com HIV à infecções em função da baixa imunidade, já que 7,5% das MVHA tiveram alguma ISTs nos últimos 12 meses, versus 4,4% entre as MNVHA. Tal diferença está associada ao comportamento de risco a partir do não uso de preservativo. Os resultados de Santos et al. (2009) apontam a ocorrência de DSTs em 21% das MVHA, e em 16,7% das MNVHA; os achados de Friedman et al. (2011) e Duarte, Parada e Souza (2014) são ainda mais significativos, os quais registraram o histórico de DSTs em 48,4%, e 87% das MVHA, respectivamente.

A maior suscetibilidade à infecções torna imprescindível que as MVHA tenham acesso a ações e serviços que disponham de métodos de diagnóstico precoce, e a consequente prevenção de doenças e agravos que se fazem mais presentes neste grupo. Entre o leque de ações ofertadas, deve estar a coleta de exame citopatológico, exame que pode identificar alterações celulares causadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), infecção esta que de acordo com a UNAIDS (2017), além de aumentar significativamente o risco de transmissão do HIV, é a precursora da maioria dos casos de câncer do colo do útero. Assim, a UNAIDS destaca que as MVHA têm até cinco vezes mais chances de desenvolver esta displasia, por maior dificuldade para eliminar o HPV do seu organismo, em função do comprometimento do sistema imunológico.

Em relação ao exame citopatológico, a grande maioria das mulheres havia realizado o exame no último ano, tendo a minoria alegado nunca ter realizado o exame, o que corresponde a 2,7% das MVHA, e 7,5% das MNVHA. Tais resultados podem nos sinalizar certo grau de conhecimento dessas mulheres sobre a importância do exame preventivo, e em especial no grupo das MVHA, já que 64,7% delas haviam realizado o exame no último ano. Duarte, Parada e Souza (2014) registraram uma proporção consideravelmente menor (48,4%) de MVHA que haviam realizado o exame no último ano. Nos casos de infecção pelo HIV, a realização de citopatológico torna-se ainda mais relevante, pois desde 1993, a presença de câncer invasivo de colo do útero foi incluída na revisão da definição de AIDS como um marcador da doença, independentemente da presença de outros sintomas (PAIVA et al., 2002).

É conhecida na literatura a maior vulnerabilidade e exposição das mulheres que praticam sexo em troca de dinheiro frente aos riscos de infecção pelo HIV (DAMACENA et al., 2014), sendo descrito por Szwarcwald et al. (2011) que a prevalência de HIV entre estas mulheres pode ser até 15 vezes maior do que a prevalência global do sexo feminino no Brasil. Apesar disso, identifica-se uma carência de políticas públicas efetivas voltadas a este público.

Nossos resultados evidenciam uma proporção quase 4 vezes maior da prática de sexo em troca de dinheiro entre as MVHA do que entre as MNVHA, percentual este que se aproxima aos já encontrados em outro estudo realizado com MVHA no interior do estado de São Paulo, em que 10,3% das mulheres referiram já terem praticado sexo em troca de dinheiro ou drogas (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014).

Em um estudo transversal realizado com 3.822 mulheres, que comparou mulheres vivendo e não vivendo com HIV/AIDS, identificou-se uma desproporção entre os grupos em relação a prática de sexo em troca de dinheiro, onde 7,2% das MVHA relataram esta prática, contra 1,7% das MNVHA (SANTOS et al. 2009), resultados que evidenciam e reforçam a grande diferença de proporção entre os grupos.

São vastos os estudos que apontam a ocorrência de violência entre as MVHA (VILLELA; BARBOSA, 2017; OLAGBUJI et al., 2010; KOETZ, 2014; BARBOSA; LAGO, 1997), resultados que corroboram com os achados em nosso estudo, os quais indicam percentuais mais elevados de violência física e sexual entre as MVHA do que as MNVHA. Cabe ressaltar que as MVHA apresentaram uma ocorrência de violência psicológica consideravelmente menor do que as MNVHA. Uma hipótese para tal resultado é a de que as MVHA tenham dificuldade de identificar a ocorrência de violência psicológica, podendo esta estar presente sem que seja considerada como tal. Esta hipótese é reforçada por Santos et al. (2009) ao afirmar que a ocorrência da dominação e desqualificação presente nas relações de gênero provocam uma naturalização das desigualdades de poder.

No que se refere à ocorrência de violência física e sexual, estas foram mais frequentes entre as MVHA, e foram registradas em uma proporção de 39,3% e 18,8%, respectivamente. Santos et al. (2009) identificou em sua pesquisa a ocorrência de violência sexual em 22,1% das MVHA, e 13,2% das MNVHA. Já nos estudos de Paiva et al. (2002) e Friedman et al. (2011), a ocorrência de violência sexual em MVHA foi de 27% e 20,9% respectivamente.

Em um estudo realizado com 85 MVHA com o objetivo de apreender as experiências de vida dessas mulheres, identificou que 64,7% delas sofreram violência física ou sexual (VILLELA; BARBOSA, 2017). O autor afirma ainda que:

“[...] outros estudos apontam contextos de vulnerabilidade social e violência como uma das marcas da dinâmica do HIV/Aids no contexto feminino, sugerindo que esta infecção se inscreve em um âmbito de desigualdade de gênero e de exclusão social já vivenciado anteriormente e, de alguma forma, a ele relacionada”.

Teixeira et al. (2017) identificaram que 37,5% das MVHA que compuseram a sua amostra, referiram a ocorrência de violência relacionada a infecção pelo HIV. Os autores encontraram ainda uma associação entre a ocorrência de violência e a ocorrência de gravidezes após o diagnóstico de HIV. Ressaltamos que nosso estudo não avaliou se houve envolvimento dos parceiros na prática de violência sofrida por estas mulheres.

Henrich e Kern (2015) acrescentam que existem inúmeras problemáticas que se acentuam no universo feminino, entre elas as diferenças no mundo do trabalho e a violência doméstica, condições estas que quando associadas à Aids, ampliam ainda mais a exclusão vivida por estas mulheres, fazendo com que elementos como o preconceito e a exclusão sejam levados em consideração ao analisar o enfrentamento da Aids e as relações do gênero feminino. Neste sentido, ao reconhecermos a influência do preconceito e da exclusão no enfrentamento do HIV, chamamos a atenção para as possíveis consequências que a discriminação dentro do próprio serviço de saúde pode ocasionar a estas mulheres, ainda mais ao considerarmos que esta discriminação vem ocorrendo em um serviço de atendimento especializado ao usuário com HIV/Aids, local que de acordo com o senso comum se acredita ser isento de preconceito.

Um expressivo percentual de MVHA (34%) foi diagnosticado com infecção pelo HIV durante a gravidez, corroborando com outros estudos que também identificaram um número expressivo de diagnósticos durante o período gestacional (VILLELA; BARBOSA, 2017; TOWNSEND et al. 2008). Este resultado pode sinalizar tanto a eficácia de estratégias e políticas públicas voltadas à prevenção da transmissão vertical, quanto representar uma dificuldade de diagnosticar a doença em outras fases da vida. O local de realização destes testes foi predominantemente em hospitais públicos (36,5%), o que pode estar relacionado à descoberta tardia da doença com consequente internação hospitalar, ou o diagnóstico no momento do

parto. Um estudo realizado com MVHA em 5 regiões do Brasil nos anos de 2003-2004, identificou que somente 19,5% delas tiveram o seu diagnóstico através da realização de exame sorológico durante o pré-natal (SANTOS et al. 2009), números relativamente menores que os nossos, e que se comparados nos sugerem o impacto positivo das políticas voltadas à prevenção da transmissão vertical, as quais foram implantadas após o período da referida pesquisa, e recomendam entre as suas ações a realização de exames de sorologia para o HIV durante a gestação.

A partir das variações no perfil epidemiológico da Aids no Brasil, passou-se a reconhecer que todas as pessoas são suscetíveis à infecção na medida do seu comportamento de risco, e a trabalhar na desmistificação de grupos de risco. Apesar disso, ainda identifica-se que os indivíduos podem apresentar certa dificuldade no reconhecimento do seu comportamento de risco, e conseqüentemente não buscaram a testagem, o que fica claro ao identificarmos que somente 13% das MVHA da nossa amostra apresentou iniciativa na busca pela realização do exame. Resultado semelhante foi encontrado por Santos et al. (2009), em que 12,7% das MVHA pesquisadas fizeram o teste por iniciativa própria. Os resultados de Duarte, Parada e Souza (2014) são ainda mais preocupantes, já que somente 8,1%, das 184 MVHA realizaram o teste a partir da sua autopercepção de risco. Identifica-se, portanto, a necessidade de se trabalhar ainda mais na desconstrução de imagens e conceitos elaborados a partir do perfil de indivíduos infectados no início da epidemia, possibilitando assim que todos se enxerguem como indivíduos sujeitos à infecção do HIV quando expostos a comportamentos de risco.

A maioria das MVHA acreditava ter se infectado a partir de relações sexuais, dados que refletem a tendência identificada em outros estudos (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014; FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2016a) e que apontam para uma diminuição das demais formas de transmissão. Isto se torna ainda mais evidente ao analisarmos o estudo de Townsend et al. (2008), os quais encontraram uma drástica queda no número de mulheres infectadas através do uso de drogas injetáveis ou de um parceiro que fazia uso de drogas, passando este modo de infecção de aproximadamente 50% dos casos em 1990-1993, para menos de 5% em 2004-2006.

No que se refere a proporção de MVHA em uso de ARV (71,6%), nossos dados são semelhantes ao de Santos et al. (2009), os quais também foram coletados em um período em que o protocolo clínico de tratamento de adultos com HIV/Aids não recomendava a terapia a todos os indivíduos infectados, sendo

recomendado de uma forma geral somente para os pacientes com manifestações clínicas associadas ao HIV, ou para aqueles com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³, independentemente da presença de sintomas ou da magnitude da carga viral (BRASIL, 2007). Este resultado pode sugerir um elevado número de mulheres em fase avançada da doença, uma vez que o tratamento preventivo não era disponibilizado e somente os pacientes elegíveis eram tratados.

A adesão ao ARV pode variar conforme o local e o período de realização da pesquisa, já que é influenciado pelas políticas públicas e características locais, assim como pela subjetividade de cada indivíduo. Nesta mesma linha, Nachege et al. (2015) aponta que pessoas com vínculo empregatício são mais propensas a aderir ao tratamento do HIV/Aids do que àquelas desempregadas, especialmente em países de baixa renda.

Uma gravidez na presença do HIV, ainda que quando planejada, demanda cuidados específicos, podendo representar um risco ainda maior à mulher e à criança quando não planejada. Neste sentido, nossos resultados apontam que das 298 mulheres que engravidaram após o diagnóstico, somente 92 (30,9%) estavam tentando engravidar, o que nos leva a concluir que a grande maioria delas não realizou acompanhamento prévio à concepção, demonstrando assim a ineficácia dos programas de planejamento familiar disponíveis em nossos serviços. Nesta direção, Knauth et al. (2003) afirmam que as políticas públicas e os programas de prevenção da transmissão vertical do HIV só são efetivos quando fazem sentido para as mulheres, respeitando os seus desejos e seus direitos.

Apesar de a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, garantir o direito de reprodução às MVHA (BRASIL, 1996a), é necessário garantir que este direito seja exercido de forma segura para estas mulheres, seus parceiros, e possíveis filhos que estas possam vir a ter, ofertando uma concepção segura, assim como um acompanhamento adequado durante todo o período gestacional, pré, e pós-parto.

Ainda que seja legítimo e inquestionável o direito igualitário à reprodução por parte das MVHA e MNVHA, faz-se necessário reconhecer as consequências que a falta de tratamento do HIV durante a gestação pode gerar a criança e à coletividade. É, portanto, imprescindível que não somente existam políticas voltadas à redução dos casos de transmissão vertical do HIV, como também se pensem estratégias que auxiliem na implementação dessas políticas, já que estas por si só não garantem a

adesão das usuárias às suas recomendações, como também não garantem a oferta dessas recomendações pelos serviços de saúde.

O exposto acima pode ser observado na prática dos nossos serviços, e relacionado aos nossos resultados, já que das 298 MVHA que engravidaram após o diagnóstico de HIV, somente 233 (79,8%) afirmaram ter realizado o uso de ARV durante a 1ª gestação após o diagnóstico. Estes números são preocupantes e corroboram com as altas taxas de transmissão vertical que a capital gaúcha apresentou no período de 2002-2016 foi de 4,3%, sendo que só em 2014 foi de 3% (PORTO ALEGRE, 2017). Ressalta-se, no entanto, que ainda que o nosso modelo assistencial apresente falhas, há na literatura estudos que demonstram uma adesão ainda menor ao uso de ARV durante a gestação (66,6%) (FIGUEIREDO, 2010).

Uma parcela significativa das MVHA (41,8%) afirmou não querer ter mais filhos em função do medo associado à infecção do HIV, o que pode sinalizar medo de transmissão vertical, medo do risco de transmissão da infecção ao companheiro, ou até mesmo o medo da morte, o que as impediria de corresponder às suas próprias expectativas de criação dos filhos, responsabilidade culturalmente imposta às mulheres. Neste sentido, Pereira e Chaves (1999) afirmam que a dor da morte está associada ao rompimento dos laços com os filhos, já que a morte deixa de ser vista como uma possibilidade e passa a ser o destino real, quebrando assim o contrato social de responsabilidade pela criação dos filhos.

Reis e Gir (2005) referem que o desejo por filhos parece ser diretamente afetado pelo risco de infecção do bebê e do parceiro, em caso de casais com sorologia discordante. Cartaxo et al. (2013), afirmam que a gestante com HIV se confronta com a possibilidade de manifestação da doença em si própria, e em seu filho, e que diante dessa possibilidade, a expectativa sobre a maternidade é permeada pela possibilidade real de morte, podendo inclusive esta ser apreendida como imediata. Os autores afirmam ainda que esta dimensão de perda e frustração resulta em um estado de ansiedade, e ocasionam um desajuste emocional na gestante.

Dessa forma, destaca-se a importância do acompanhamento da gestante com HIV não se basear exclusivamente no tratamento clínico, mas de se ter uma visão ampliada e integral dessa mulher, abordando tanto os aspectos sociais, quanto os biológicos e psicológicos. Ainda que o manejo clínico das gestantes vivendo com HIV/Aids se dê nos serviços especializados, a comunicação entre estes níveis de

atenção pode contribuir para um cuidado integral e humanizado, sendo assim, chamamos a atenção para a necessidade desse cuidado ser compartilhado pelos diversos pontos de atenção em saúde, inclusive pela Atenção Básica, já que esta tem um papel primordial na coordenação do cuidado, e um potencial diferenciado na identificação de condicionalidades e de necessidades em saúde.

Em contraponto aos nossos resultados, Kirshenbaum et al. (2004) e Ingram e Hutchinson (2000) afirmam que outros fatores são mais determinantes nas escolhas reprodutivas destas mulheres do que a infecção pelo vírus HIV, entre eles: o contexto social e cultural, as expectativas de gênero, as crenças religiosas, o suporte familiar, o valor atribuído à maternidade e ao desejo de ter filhos, o conhecimento das possibilidades de reduzir as taxas de transmissão vertical, e o apoio do serviço de saúde. Sendo assim, nossos resultados não permitem afirmar, mesmo que referido por boa parte das participantes do estudo, que a infecção pelo HIV tenha sido o único motivo para a falta de desejo de ter filhos.

Uma pequena parcela de MVHA (5,1%) afirmou não querer ter mais filhos em função das condições socioeconômicas, ainda que nossos resultados tenham apontado para a presença de uma vulnerabilidade social importante neste grupo de mulheres, o que pode sinalizar que frente ao desejo de engravidar, haja uma sobreposição deste desejo às dificuldades econômicas.

Uma limitação deste estudo é o fato da coleta de dados ter sido realizada em um período em que o tratamento para o HIV/Aids era disponibilizado somente para indivíduos que apresentavam os critérios clínicos para iniciar o uso do ARV, o que significa que possivelmente não foram incluídas na amostra mulheres que encontravam-se em uma fase inicial da doença.

Por se caracterizar um estudo transversal nosso estudo pode apresentar viés de resposta, já que as respostas fornecidas pelas usuárias foram dadas de acordo com o potencial de memória de cada uma delas, podendo assim ter sofrido variações. Além disso, o comportamento dessas mulheres pode variar conforme a fase de vida em que se encontram, uma vez que os desfechos de saúde reprodutiva são fenômenos dinâmicos e permanecerão ocorrendo durante a fase reprodutiva da vida de cada mulher.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que se identifique no período atual retrocesso no campo dos direitos humanos – como discussões acerca do aborto no Brasil em casos de estupro – devidamente regulamentados por lei, ocorreram alguns avanços da sociedade na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Estes avanços – com ampliação de métodos contraceptivos distribuídos gratuitamente pelo sistema público de saúde – são resultantes de movimentos em busca de igualdade de direitos, e associados à ampliação da qualidade de vida, e oferta de cuidado em saúde.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, foram eventos marcantes e tiveram uma importância reconhecida no desenvolvimento humano, já que provocaram um extenso debate em torno dos direitos humanos, e na promoção da igualdade de gênero como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida. Destaca-se a ocorrência de discussões em torno do direito sexual e reprodutivo, emanadas destes encontros.

A década de 90 foi marcada por fortes movimentos feministas voltados ao reconhecimento e ampliação do direito das mulheres, os quais permanecem presentes na atualidade, ainda que configurados de uma forma distinta. Tais movimentos impulsionaram avanços na legislação brasileira, para elaboração de políticas públicas voltadas à saúde das mulheres, as quais refletiram direta e indiretamente no modo e na qualidade de vida das mulheres.

Desde então, registram-se inúmeras iniciativas no sentido de ampliação do escopo de programas e ações de saúde voltadas às mulheres, as quais a partir da instituição do “Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral das mulheres, e discorreu sobre diversas questões com o intuito de responder às demandas deste público, entre elas, aspectos relacionados à saúde reprodutiva. Posteriormente, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, ampliou o olhar sob a perspectiva de gênero, e consolidou avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, subsidiando-se no cuidado integral e na promoção em saúde como princípios norteadores.

O cenário político no qual se configurou tais avanços foi acompanhado pela feminização da Aids, que foi propulsora de muitas discussões relacionadas à saúde dessas mulheres, as quais foram e são permeadas por temas como as questões de gênero, a violência, o aborto, a sexualidade e a reprodução. Neste sentido, a feminização da epidemia amplia a preocupação com o tratamento das PVHA, já que a partir daí dá-se a heterossexualização da doença, e a desconstrução da ideia de grupos de risco.

Ressalta-se que outros fatores incorporados às políticas para o enfrentamento da Aids, foram a preocupação com a reprodução e o risco de transmissão vertical do HIV. A associação do cenário político e epidemiológico fizeram com que surgissem investimentos em pesquisas e políticas públicas voltadas às PVHA, proporcionando ao Brasil um papel de destaque mundial no que se refere ao cuidado destes usuários, ainda que a epidemia siga sendo um problema de saúde pública no país.

O estado do Rio Grande do Sul, assim como a capital gaúcha, Porto Alegre, apresentam resultados indesejados em relação ao HIV, configurando preocupação e demandando o investimento em políticas públicas eficazes e que considerem peculiaridades regionais e características locais da infecção. Neste sentido, nosso estudo traz resultados que podem direcionar estratégias de enfrentamento da doença a nível municipal, representa uma fonte de dados importante e que retrata diversas características das MVHA, comparando ainda o perfil sociodemográfico, práticas contraceptivas, e características gestacionais dessas mulheres, com as MNVHA.

Este trabalho mostrou maior proporção de MVHA a partir dos 35 anos de idade, o que torna necessário que os serviços de saúde tenham um olhar integral para essas mulheres, já que em função da ampla faixa etária se apresentarão demandas relacionadas a diversos ciclos de vida, desde aqueles relacionados à reprodução, quanto aos associados ao climatério e à presença de doenças crônicas.

Nossos resultados apontam a necessidade de relativizar a pauperização do HIV encontrada no início da epidemia, pois apesar de identificarmos sim uma situação de maior vulnerabilidade social nessas mulheres, percebe-se que outras camadas sociais também são acometidas pela infecção.

Outra questão possivelmente influenciada pela disponibilidade do tratamento ARV e a conseqüente melhoria da qualidade de vida, é a proporção de MVHA que apresentavam algum tipo um relacionamento no momento da pesquisa, o que reflete

a possibilidade de retomada da vida. Evidencia-se, entretanto, que a proporção de MNVHA que se encontrava em um relacionamento foi maior, o que se relaciona, possivelmente, ao impacto negativo que a infecção pelo HIV expressa na vida social e amorosa dessas pessoas, relacionado ao estigma e discriminação.

Nossos resultados reforçam a vulnerabilidade da raça negra na infecção do HIV, pois apesar de apontar uma proporção menor de negros com HIV/Aids do que o encontrado em outras referências, a proporção foi maior do que a encontrada entre as MNVHA, assim como desproporcional ao percentual geral de negros encontrado na cidade. Fundamentamos nossa afirmação em função da já conhecida vulnerabilidade social ao qual a raça negra está exposta, vulnerabilidade esta que também reforça as condições propícias à expansão do vírus, já que corresponde a vulnerabilidade individual, social e programática.

Reconhecendo que a grande maioria das MVHA encontra-se em idade reprodutiva, sinalizamos a possibilidade de gestação ao qual estas mulheres estão expostas, ainda que esta não seja desejada. Afirmamos isto ao identificar que a adesão ao uso de método contraceptivo, inclusive da contracepção de emergência, foi bem menos frequente entre as MVHA, do que entre as MNVHA, resultado que reflete características comportamentais e do modo de vida destas mulheres, já que o não uso de contracepção se repetiu em diversas fases da vida. Sendo assim, podemos inferir que o contexto de vulnerabilidade no qual estas mulheres estão inseridas, interfere no exercício do direito reprodutivo dessas mulheres, e as tornam suscetíveis a uma gestação indesejada.

É importante identificar os motivos pelos quais ocorre esta dificuldade de adesão a métodos contraceptivos entre as MVHA para que possamos promover a mudança deste cenário, fazendo-se necessário, estudos que avaliem os reais motivos desta dificuldade. Algumas hipóteses podem ser levantadas para justificar os nossos achados: a falta de acesso a serviços de saúde e conseqüentemente às informações e ao uso de contraceptivo; a falta de preparo dos profissionais de saúde para identificar o potencial reprodutivo destas mulheres, e ofertar outras formas de contracepção que não somente o uso de preservativo; desejo de ser mãe que pode não ser identificado ou valorizado pelo serviço de saúde; a desigualdade de gênero que resulta na difícil negociação do uso de métodos contraceptivos com o parceiro. Destacamos também a ocorrência de outros fatores sociais e individuais que se relacionam à situação de vulnerabilidade destas mulheres, já que a dificuldade na

adesão de método contraceptivo por parte destas mulheres já se fazia presente antes do diagnóstico do HIV.

Ainda em relação à contracepção, é emergente a necessidade de se pensar em alternativas que respondam às necessidades dessas mulheres, uma vez que a inexistência de condições que possibilitem o exercício do direito reprodutivo pode trazer consequências individuais e sociais. Entre estas consequências, podemos mencionar a ocorrência de gestações não planejadas, e por sua vez a expansão do aborto, prática esta que em nossos resultados esteve proporcionalmente maior entre as MVHA do que entre as MNVHA. Mais uma vez apontamos a necessidade de estudos que avaliem tal associação, pois a realização do aborto esteve presente nestas mulheres tanto antes, quanto depois do diagnóstico, sugerindo, portanto, a existência de condições prévias ao diagnóstico que corroboraram para este desfecho.

Esta dificuldade de adesão a métodos contraceptivos mais tradicionais pode ter estimulado as MVHA a buscarem um método contraceptivo irreversível, já que encontramos uma proporção maior de MVHA que realizaram ligadura tubária do que MNVHA. Uma vez registrada na literatura o excessivo estímulo de ligadura tubária em MVHA, ressaltamos a importância de se reforçar as questões éticas envolvidas na realização deste procedimento, pois apesar de ser um procedimento que deve estar disponível, este não pode ser ofertado com o intuito de coibir a gestação em MVHA.

A maternidade é um fenômeno social, e apesar de se relacionar de forma íntima com a natureza feminina, sofre representações variáveis de acordo com o tempo e local em que ocorre. Em nosso estudo, identificamos uma maior proximidade dos fenômenos relacionados à maternidade entre as MVHA, do que entre as MNVHA. Tal percepção se dá a partir da constatação de que as MVHA em maior proporção tiveram mais gestações antes dos 20 anos e apresentaram ao longo de sua vida uma maior quantidade de gestações, na grande maioria das vezes não planejadas, e um número maior de filhos. Apesar disso, não podemos afirmar que estes resultados expressam a concretização do desejo da maternidade e o exercício do direito reprodutivo das MVHA, já que estas gestações podem estar ocorrendo em um contexto de vulnerabilidade de diversas ordens.

Os serviços de saúde devem estar preparados para atender às demandas das MVHA de forma a ofertar uma abordagem e um cuidado em saúde que permita não

somente o tratamento clínico, mas a aceitação da doença, permitindo dessa forma o seguimento da sua trajetória de vida, com melhoria da qualidade de vida, e manutenção e planejamento reprodutivo dessas mulheres. Identifica-se a necessidade de políticas de enfrentamento ao HIV que contemplem as questões abordadas neste estudo. Sugerem-se novos estudos na área de saúde reprodutiva que possam investigar em profundidade diferenças que foram identificadas nas análises estatísticas deste trabalho.

Por fim, salienta-se que este estudo será apresentado ao setor responsável pela elaboração e acompanhamento das políticas públicas voltadas às ISTs, HIV/Aids do Município de Porto Alegre, assim como amplamente divulgado em toda a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre a fim de possibilitar o acesso às informações constantes neste trabalho, que serão de extrema relevância para o planejamento das ações voltadas às MVHA.

REFERÊNCIAS

AMMANN, Safira Bezerra. Mulher: trabalha mais, ganha menos, tem fatias irrisórias de poder. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. v. 55, p. 84-104, Nov. 1997.

AMMASSARI, A. et al. Induced first abortion rates before and after HIV diagnosis: results of an Italian self-administered questionnaire survey carried out in 585 women living with HIV. **HIV Medicine**. British, v. 14, p. 31-39, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1293.2012.01032.x/pdf>>. Acesso em 02 Abr. 2017

ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300565&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Mai. 2016.

BARBOSA, Jarbas. Inovar para que os próximos 30 anos tenham ainda mais êxito. In: BRASIL. **Histórias de luta contra a Aids**. Brasília-DF, p. 16-23, 2015.

BARBOSA, Regina. M. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids, In: **Sexo & Vida: panorama de saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp, p. 339-389, 2003.

BARBOSA, Regina M.; LAGO, Tania Di G. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. **Políticas, Instituições e AIDS**, Rio de Janeiro, p. 163-175, 1997. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Regina_Barbosa/publication/280132494_AIDS_e_direitos_reprodutivos_para_alem_da_transmissao_vertical/links/55abc9a908ae481aa7fef732/AIDS-e-direitos-reprodutivos-para-alem-da-transmissao-vertical.pdf. Acesso em 10 Abr. 2017.

BARBOSA, Regina M. Negociação sexual ou sexo negociado: poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. São Paulo: Ed. 34; 1999. p. 73-88.

BASTIDAS, L. S. **Aspectos epidemiológicos e psicodinâmicos de mulheres que engravidaram após o diagnóstico de HIV positivo**. Dissertação - Universidade Metodista, São Bernardo do Campo, 2000.

BHARAT, Shalini; MAHENDRA, Vaishali S. Meeting the Sexual and Reproductive Health Needs of People Living with HIV: Challenges for Health Care Providers. **Elsevier**. New Delhi, v.15, p. 93-112, 2007. Disponível em: <[http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(07\)29030-5/pdf](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(07)29030-5/pdf)>. Acesso em 04 de mai. 2016.

BRANDÃO, Karina de Sá Adami Gonçalves et al. Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. 486-491, Out. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001000486&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Out. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 21 Set 2016.

BRASIL. Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 1996a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em 20 Set. 2016.

BRASIL. Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 1996b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51412/lei_9313_1996_pdf_37684.pdf>. Acesso em 03 Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Ed. 2ª, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf>. Acesso em 17 Mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, DF, 1985. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 17 Set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Ano IV - nº 01. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em 28 de mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Ano V - nº 01. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>. Acesso em 02 de mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Casos de aids identificados no Rio Grande do Sul**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/rs.def>>. Acesso em 09 Out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: Uma prioridade do governo**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em 22 Set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad18.pdf>>. Acesso em 01 de jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Mais sobre Saúde da Mulher**. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>>. Acesso em 16 Set. 2016.

_____. 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**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em 21 Set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Versão Revisada, 2011. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2007/40376/vers_o_revisada_2011_20894.pdf>. Acesso em 30 ago. De 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília-DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 17 Set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58572/pcdt_transm_vertical_091215_pdf_12930.pdf>. Acesso em 13 Set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV**. Ed. 6ª, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Consenso_adulto_2006_-_final.pdf>. Acesso em 11 Jun 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em 13 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Uso de antirretrovirais em gestantes**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/uso-de-antirretrovirais-em-gestantes>>. Acesso em 14 Set. 2016.

_____. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em 18 fev. 2017.

BUCHALLA, Cassia Maria; PAIVA, Vera. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, supl. p. 117-119, Ago. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Set. 2016.

CARLSSON-LALLOO, Ewa. Sexuality and Reproduction in HIV-Positive Women: A Meta-Synthesis. **AIDS Patient Care STDS**, Suécia, v. 30, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753620/>>. Acesso em 26 Jun 2017.

CARNEIRO, A. et al. A experiência psicológica da gravidez na mulher soropositiva para o HIV. Lisboa, Set. 2003. Disponível em:

<<http://www.aidscongress.net/pdf.177.pdf>>. Acesso em 03 mar. 2015.

CARTAXO, Charmênia Maria B. et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 18, n. 3, p. 419-427, Set. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jun 2017.

CHAVES, Gabriela Costa et al. Estratégias de redução de preços de medicamentos para aids em situação de monopólio no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 86, 2015. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Jul. 2017.

CORDOVA, Fernanda Peixoto et al. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 97-102, Fev. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2016.

DAMACENA, Giseli Nogueira et al. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 428-437, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300428&lng=en&nrm=iso>. Acesso: em 15 Mai. 2017.

DHONT, Nathalie et al. The risk factor profile of women with secondary infertility: an unmatched case-control study in Kigali, Rwanda. **BMC Women's Health**. Jun. 2011. Disponível em: <<http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-11-32>>. Acesso em 17 jun. 2016.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; SOUZA, Lenice do Rosário de. Vulnerability of women living with HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 68-75, Fev. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000100068&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Abr. 2017.

EID, Ana Paula et al. Maternidade e projetos vitais em jovens infectadas com HIV por transmissão vertical. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**. Manizales, v. 13, n. 2, p. 937-950, Fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n2/v13n2a28.pdf>>. Acesso em 14 set. 2016.

FIGUEIREDO, Regina. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1175-1183, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mai. 2017.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; BAPTISTA, Rosilene Santos. A construção cultural da sexualidade brasileira: implicações para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 202-206, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Abr. 2017.

Freedman LP, Isaacs SL. **Human rights and reproductive choice. Studies in Family Planning**, v. 24, n. 1, pág. 18-30, 1993.

FRIEDMAN, Ruth Khalili et al. Pregnancy rates and predictors in women with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 373-381, Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Mai. 2017.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Prevenção da Transmissão Vertical**. Brasil, 2016. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10153.htm>. Acesso em 16 de mai. 2016.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 223-232, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Abr. 2016.

HEILBORN, Maria Luiza; GOUVEIA, Patrícia Fernanda. "Marido é tudo igual: mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids", In: **Sexualidade pelo avesso. Direitos, identidade e poder, IMS/ UERJ**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, p. 175-198.

HEILBORN, Maria Luiza; PRADO, Rosane Manhães. Na hora h, a gente não exige: estudo sobre mulheres, sexualidade e AIDS. Trabalho apresentado no XIX Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, MG, 1995.

HENRICH, Giovana et al. **A Questão de Gênero na Relação com a AIDS: a sexualidade e a maternidade em foco**. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/1.pdf>>. Acesso em 23 de Abr. 2017.

HENRICH, Giovana; KERN, Francisco Arseli. A Questão de Gênero na Relação com a AIDS: a maternidade em foco. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 450-462, Dez. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21534/13965>>. Acesso em 23 de abr. 2017.

HODGSON, Ian et al. A Systematic Review of Individual and Contextual Factors Affecting ART Initiation, Adherence, and Retention for HIV-Infected Pregnant and Postpartum Women. **PoS ONE**. Southampton, v. 9, n. 11, Nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221025/>>. Acesso em 14 Set. 2016.

INGRAM, D; HUTCHINSON, S. A. "Double Binds and the Reproductive and Mothering Experiences of HIV-Positive Women," **Qualitative Health Research**, v. 10, n. 1, p. 117-132, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10724748>. Acesso em 20 Fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conceitos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em 12 Set. 2016.

KIMANI, James et al. Family planning use and fertility desires among women living with HIV in Kenya. **BMC Public Health**. 2015. Disponível em: <<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2218-z>>. Acesso em 04 Jun. 2017.

KIRSHENBAUM, S. B, et al. "Throwing the dice": pregnancy decisionmaking among HIV-positive women in four U.S. cities. **Perspect Sex Reprod Health**. v. 36, n. 3, p. 106-113, 2004. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2004/throwing-dice-pregnancy-decision-making-among-hiv-positive-women-four-us>. Acesso em 22 Abr. 2017.

KNAUTH, Daniela Riva et al. Between Personal Wishes and Medical "Prescription": Mode of Delivery and Post-Partum Sterilisation among Women with HIV in Brazil. **Reproductive Health Matters**. v.11, n. 22, p. 113–121, Nov. 2003. Disponível em: <[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/S0968-8080\(03\)22100-5#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5jb20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDE2L1MwOTY4LTgwODAlMjgwMyUyOTIyMTAwLTU/bmVIZEFjY2Vzcz10cnVlQEBAMA==](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/S0968-8080(03)22100-5#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5jb20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDE2L1MwOTY4LTgwODAlMjgwMyUyOTIyMTAwLTU/bmVIZEFjY2Vzcz10cnVlQEBAMA==>)>. Acesso em 30 Abr. 2017.

KNAUTH, Daniela Riva et al. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 39-54, Ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set. 2016.

KOETZ, Ana Paula Messa. **Violência contra a mulher vivendo com HIV/Aids usuária dos serviços de atendimento especializado em DST/Aids de Porto Alegre**. Porto Alegre: UFRGS, 2014. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

LANGENDORF, Tassiane Ferreira et al. Revealing the relationship of couples facing prophylaxis of vertical transmission of HIV. **Invest. Educ. Enferm**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 539-546, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Set. 2016.

LAURSEN, Tinne et al. Reproductive patterns and fertility wishes among HIV-infected patients: survey from six outpatient clinics in Denmark. **Elsevier**. Aarhus, v. 17, n.10, p. e851-e856, Jan. 2013. Disponível em: <[http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(13\)00075-1/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(13)00075-1/pdf)>. Acesso em 31 jul. 2016.

LAURETIS, Teresa de. "A Tecnologia do Gênero." Tradução de Suzana Funck. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. (Org.). **Tendências e Impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.

LIUZZI, G. et al. Pregnancy Outcomes in HIV-Infected Women of Advanced Maternal Age. **HIV Clinical Trials**. v. 14, n. 3, p110–119, Jan. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/289994251_The_Italian_Group_on_Surveillance_on_Antiretroviral_Treatment_in_Pregnancy_Pregnancy_Outcomes_in_HIV-Infected_Women_of_Advanced_Maternal_Age>. Acesso em 02 Mar. 2017.

MACCARTHY, Sarah et al. The pregnancy decisions of HIV-positive women: the state of knowledge and way forward. **Reproductive Health Matters**. v. 20, n. 39, p. 119–140, 2012. Disponível em: <[http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(12\)39641-9/pdf](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(12)39641-9/pdf)>. Acesso em 01 jun. 2016.

MAZZINI, Maria de L. H. Mães Adolescentes: A Construção de sua Identidade Materna. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 7, n. 4, p. 493-502, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1506/M%C3%A3es%20adolescentes%20a%20constru%C3%A7%C3%A3o%20de%20sua%20identidade%20materna.pdf?sequence=1>. Acesso em 13 de jul. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 fev. 2015.

MENEGHEL, Stela N. et al. **Desigualdades de gênero na vida de pessoas com HIV, Canoas-RS**. 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/103096/000935692.pdf?sequence=1>>. Acesso em 04 ago. 2016.

MOAS, Luciane da Costa et al. HIV/AIDS e reprodução: a perspectiva jurídica em análise. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 43, n. 150, p. 948-967, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742013000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Abr. 2016.

NACHEGA, Jean B. et al. Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ.**, v. 93, n.1, p. 29-41, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271680/>>. Acesso em 09 Abr. 2017.

NAKAYIWA, S. et al. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda. **AIDS Behav.**, v. 10, Suppl 4, p.S95-104. 2016.

OLAGBUJI, B. et al. Trends and determinants of pregnancy-related domestic violence in a referral center in southern Nigeria. **Int. J Gynaecol Obstet.**, v. 108, n. 2, p. 101-3, 2010. Disponível em: DOI:10.1016/j.ijgo.2009.09.024. Acesso em 09 Abr. 2017.

OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de et al. A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1309-1318, Out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Mai. 2016.

OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez et al. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 510-516, Dez. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600510&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Abr. 2017.

ORNER, Phyllis et al. 'It hurts, but I don't have a choice, I'm not working and I'm sick': decisions and experiences regarding abortion of women living with HIV in Cape Town, South Africa. **Culture Health & Sexuality**, London, v. 13, n.7, p.781-795, Jul. 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51204437_'It_hurts_but_I_don't_have_a_choice_I'm_not_working_and_I'm_sick'_Decisions_and_experiences_regarding_abortion_of_women_living_with_HIV_in_Cape_Town_South_Africa>. Acesso em 14 Jun. 2016.

PADOIN, Stela Maris de Mello et al. Mulheres do Sul Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 71-78, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100071&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Abr. 2017.

PAIVA, Vera et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1609-1619, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Mai. 2017.

PANTOJA, Ana Lúcia Nauar. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S335-S343, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Nov. 2017.

PASCHOAL, Eduardo Pereira et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 32-40, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Mai. 2016.

PEREIRA, Maria Lúcia Duarte; CHAVES, Eliane Corrêa. Ser mãe e estar com AIDS: revivescimento do pecado original. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 404-410, Dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Nov. 2017.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 223-232, dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 Ago. 2017.

PILECCO, Flávia Bulegon et al. Aborto pós-diagnóstico em mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1521-1530, Mai. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501521&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Jul. 2017.

PILECCO, Flávia Bulegon; KNAUTH, Daniela Riva; VIGO, Álvaro. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 427-439, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mai 2017.

PORTO ALEGRE. DECRETO Nº 19.008, DE 17 DE ABRIL DE 2015. Institui Comitê Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis no âmbito da secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e dá outras providências. **Diário Oficial de Porto Alegre**. Porto Alegre, RS. 2015. Disponível em: <http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1395_ce_123923_1.pdf>. Acesso em 22 Out. 2016.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Plano Municipal de Saúde – 2014-2017**. Porto Alegre-RS, 2013. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=927>. Acesso em: 01 jan. 2016.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Relatório Anual de Saúde – 2015**. Porto Alegre-RS, 2016. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2015.pdf>. Acesso em: 07 Ago. 2016.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Relatório Anual de Saúde – 2016**. Porto Alegre-RS, 2017. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf>. Acesso em: 29 Abr. 2017.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Relatório de Gestão 4º Trim e Anual/2007**. Porto Alegre-RS, 2008. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_4_anual_07_revisado\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_4_anual_07_revisado[1].pdf)>. Acesso em: 22 Set. 2016.

RECTOR, R. E.; et al. The harmful effects of early sexual activity and multiple sexual partners among women: a book of charts. **Heritage Foundation**, Washington, 2003. Disponível em: <https://chastityproject.com/wp/wp-content/uploads/2013/05/Bookofcharts.pdf>. Acesso em 20 Jul. 2017.

RIGONI, Evelise et al. Sentimentos de mães portadoras de HIV/Aids em relação ao tratamento preventivo do bebê. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 13, n. 1, p. 75-83, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jun 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS e Outras DST do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre-RS, 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1424284710_Linha%20Cuidado%20Versao%20Final.pdf>. Acesso em 09 Mai. 2016.

SANTOS, Naila J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s321-s333, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Mar. 2017.

SIEGEL, Karolynn; LEKAS, Helen M. AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. **Epidemiology, social, cultural and political**, New York, v.16, p. s69-s76, 2002. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2002/16004/AIDS_as_a_chronic_illness__psychosocial.10.aspx. Acesso em 22 mai. 2017.

SILVA, René Marc da Costa. A Constituição de 1988 e a discriminação racial e de gênero no mercado de trabalho no Brasil. **Int. Law: Rev. Colomb. Derecho Int.**, Bogotá, n. 23, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-81562013000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Dez. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **AIDS**. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/aids/>>. Acesso em 02 de mai. 2016.

SZWARCWALD, Célia Landmann. Risk Factors Associated With HIV Prevalence Among Female Sex Workers in 10 Brazilian Cities. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. v. 57, p.144-152, Ago. 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2011/08153/Risk_Factors_Associated_With_HIV_Prevalence_Among.4.aspx>. Acesso em: 15 Mai. 2017.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos et al. Factors associated with post-diagnosis pregnancies in women living with HIV in the south of Brazil. **Plos one**, San Francisco, v. 12, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319676/>>. Acesso em 25 Jun. 2017.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos et al. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 609-620, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Out. 2016.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 417-426, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Abr. 2017.

TOWNSEND, C. et al. Trends in management and outcome of pregnancies in HIV-infected women in the UK and Ireland, 1990–2006. **BJOG**. v. 115, n. 9, p. 1078–1086, Ago. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2008.01706.x/full>>. Acesso em 03 Abr. 2017.

UNAIDS. **GLOBAL REPORT. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**. Genebra, 2013. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf>. Acesso em 02 Mai. 2016.

UNAIDS. **UNAIDS pede que todas as mulheres vivendo com HIV tenham acesso ao exame para câncer de colo do útero**. Genebra, 2017. Disponível em: <<http://unaids.org.br/2017/02/unaidspedeque-todas-as-mulheres-vivendo-com-hiv-tenham-acesso-ao-exame-para-cancer-de-colo-do-utero/>>. Acesso em 11 mar. 2017.

VALLE, Carlos Guilherme do. Biosocial Activism, Identities and Citizenship: Making up 'people living with HIV and AIDS' in Brazil. **Vibrant, Virtual Braz. Anthr.**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 27-70, Dec. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43412015000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em, 24 Nov. 2017.

VARGAS, Eliane Portes. 'Barrigão à mostra': vicissitudes e valorização do corpo reprodutivo na construção das imagens da gravidez. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 237-258, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Mai. 2016.

VASCONCELOS, Simone Gonçalves et al. The perception of pregnant women dealing with HIV infection - an exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 5, n. 1, abr. 2006. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/61/19>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 87-96, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100087&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Mar. 2017.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1709-1719, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Mai. 2017.

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**, Jan. 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000285.long>>. Acesso em 30 Abr. 2017.

WANYENZE, Rhoda K. et al. Uptake of family planning methods and unplanned pregnancies among HIV-infected individuals: a cross-sectional survey among clients at HIV clinics in Uganda. **Journal of the International AIDS Society**. V.14, Jun 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3136398/>>. Acesso em 31 Jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Genebra, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1> Acesso em 15 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Number of women living with HIV**. Genebra, 2016a. Disponível em: <http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_adults_women_children_text/en/>. Acesso em 14 de Out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **PMTCT Strategic Vision 2010-2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals**. Genebra, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf?ua=1>. Acesso em 18 de jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reproductive health**. Genebra, 2016b. Disponível em: <http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/>. Acesso em 21 Set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Women and today's evidence tomorrow's agenda**. Genebra, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70119/1/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf>. Acesso em 04 de mai. 2016.

ZIHLMANN, Karina Franco; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Que desejo é esse? Decisões reprodutivas entre mulheres vivendo com HIV/Aids sob o olhar da psicanálise. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 633-645, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200633&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Mai. 2017.

ANEXO 1: 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.

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

ANEXO 2: 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